

Président

Dr M. DAVID

Secrétaire Générale

Dr I. SECRET-BOBOLAKIS

Secrétaire Général Adjoint

Dr. E. WINTER

Trésorière

Dr M-Ch. CABIE

Trésorier Adjoint

Dr. J-Ph. CATONNE

Président élu

Dr C. GERNEZ

Président sortant

Dr J-J. BONAMOUR du TARTRE

Secrétariat

N. DUFOUR

Président Fondateur

Dr S.D. KIPMAN

Anciens Présidents

Pr J.F. ALLILAIRE

Pr Ch. AUSSILLOUX

Dr H. BOKOBZA

Pr G. DARCOURT

Dr J. FORTINEAU

Dr J. GARRABE

Dr. N. GARRET-GLOANEC

Dr M. HORASSIUS

Dr N. HORASSIUS

Dr J-J. LABOUTIERE

Dr O. LEHEMBRE

Pr H. LOO

Pr Ph. MAZET

Dr. B. ODIER

Dr J-Ch. PASCAL

Pr G. SCHMIT

Dr J.M. THURIN

**PRÉSIDENTS DES COLLÈGES
DU CONSEIL SCIENTIFIQUE**

Recherche

Dr. J-M. THURIN

**Psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent**

Dr J. CHAMBRY

Psychopathologie

Dr I. SECRET-BOBOLAKIS

Thérapeutiques

Dr. J-J. BONAMOUR du TARTRE

Psychiatrie Médico-Légale

Dr P. PRAT

Psychiatrie et société

Dr M. GROHENS

Analyse critique du livre
« Soins sans consentement et droits fondamentaux »
du Contrôle général des lieux de privation de liberté
ou
la psychiatrie hospitalière doit-elle être interdite ?

Par le conseil scientifique de la Fédération Française de Psychiatrie
Coordonnateur : Dr Michel DAVID

Sommaire

Préambule, 3

Chapitre 1. L'évolution de la psychiatrie laisse persister la contrainte, 6

Chapitre 2. L'organisation des soins sans consentement n'offre pas une prise en charge adaptée à la diversité des situations, 9

Chapitre 3. Les établissements imposent, en raison du mode d'admission, des contraintes que n'exigent ni la loi ni l'état du patient, 18

Chapitre 4. Les patients, mal informés, peinent à exercer leurs droits, 25

Chapitre 5. Les lois de 2011 et 2013 n'ont pas garanti le respect des droits qu'elles affirmaient, 28

Discussion, 31

Conclusion, 37

Bibliographie, 39

Annexe 1 : art. L3222-5-1 du Code de la santé publique, 42

Annexe 2 : Avis n° 130 du CCNE, les différentes modalités du consentement, 43

Annexe 3 : Considérant 12 du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, 44

Annexe 4 : Code de la santé publique, l'isolement dans la Covid-19, 45

Annexe 5 : Convention des droits de l'homme, article 17 sur isolement et contention, 49

Annexe 6 : Communiqué de presse FFP sur la suppression des magistrats dans les CDSP, 50

Annexe 7 : Analyse de cas dans les soins sans consentement, 51

Préambule

1. Le Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a publié au premier semestre 2020 un ouvrage intitulé « [Soins sans consentement et droits fondamentaux](#) » qui comporte soixante-sept recommandations. Il convient d'en faire une analyse surtout au moment où le Conseil constitutionnel a annulé l'article 3222-5-1 du code de la santé publique (Annexe 1) relatif à l'isolement et à la contention¹ en psychiatrie par sa [décision n°2020-844 QPC du 19 juin 2020](#).

2. Le livre du CGLPL, composé d'une introduction, d'une conclusion et des soixante-sept recommandations déroule cinq chapitres intitulés respectivement :

- a. L'évolution de la psychiatrie laisse persister la contrainte ;
- b. L'organisation des soins sans consentement n'offre pas une prise en charge adaptée à la diversité des situations ;
- c. Les établissements imposent, en raison du mode d'admission, des contraintes que n'exigent ni la loi ni l'état du patient ;
- d. Les patients, mal informés, peinent à exercer leurs droits ;
- e. Les lois de 2011 et 2013 n'ont pas garanti le respect des droits qu'elles affirmaient.

3. Les intitulés des cinq chapitres parlent d'eux-mêmes, ainsi que ceux de nombreuses sections. Si on s'en tient aux propos du CGLPL, véritable réquisitoire, la psychiatrie publique est une activité qui devrait être interdite. Son ministère de tutelle devrait la mettre immédiatement au moins sous administration provisoire ou mieux « l'interdire », ne serait-ce que la partie de son activité qui requiert la contrainte. Dans le privé, une entreprise qui ferait l'objet d'un tel audit devrait mettre immédiatement la clé sous la porte. Le silence du ministère des Solidarités et de la Santé est total, sans réaction à cette publication. Comment l'interpréter ? Qui ne dit mot consent (et la question du consentement est bien ici très présente), dans ce cas quelle action urgente doit être tentée face à une situation dramatique ? Ou alors, autre interprétation : l'absence de nomination d'un nouveau Contrôleur général des lieux de privation mi-juillet à la fin du mandat d'Adeline Hazan, dénoncée par le [communiqué de la Fédération Française de Psychiatrie](#) de fin août, signifierait-elle un désaveu ? Probablement que d'autres interprétations sont possibles. Il reste que les propos du CGLPL sont particulièrement sévères. Bien que publiques en étant disponibles en ligne sur le site du CGLPL, ils n'ont guère intéressé les médias qui pour une fois ne s'en sont pas fait initialement l'écho, mais ont réagi après le communiqué de la Fédération Française de Psychiatrie en y faisant référence (notamment [Hospimedia](#), [Libération](#)).

4. Chaque chapitre comporte des sections, elles-mêmes parfois divisées en plusieurs parties qui font ou non l'objet de recommandations. Le tableau 1 indique la répartition des recommandations au sein des chapitres et des sections ce qui permet d'apprécier le poids des recommandations par rapport à l'intitulé des sections.

¹ L'isolement et la contention font l'objet de neuf recommandations (47 à 55) pp. 108-123

Chapitre 1. L'évolution de la psychiatrie laisse persister la contrainte		
N° section	Intitulé section	N° recommandation
1	La réalité du fonctionnement de la psychiatrie a trahi les ambitions humanistes de ceux qui ont promu les réformes du XX ^e siècle	
2	Le respect des droits de l'individu devient secondaire au maintien de l'équilibre social	
3	Les demandes adressées à la psychiatrie, dont une partie traduit des préoccupations sécuritaires, se multiplient	
4	Les lois 2011-2013 ont dans le même mouvement instauré un contrôle du juge et créé une nouvelle procédure restrictive des droits	
5	La portée pratique du contexte normatif international reste très limitée	
6	L'insuffisance de la réflexion collective a contribué à l'intériorisation de la contrainte par l'institution hospitalière	
Chapitre 2. L'organisation des soins sans consentement n'offre pas une prise en charge adaptée à la diversité des situations		
1	La permanence des soins en psychiatrie ne permet pas de gérer respectueusement les situations de crise	1, 2, 3, 4, 5
2	L'intérêt thérapeutique et le respect de la dignité et des droits du patient pâtissent souvent de choix ou de contraintes organisationnelles	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
3	Malgré sa diversité, l'offre de soins ne répond qu'imparfaitement à l'hétérogénéité des besoins	16, 17, 18, 19, 20,21, 22, 23, 24, 25
4	Les locaux des hôpitaux demeurent souvent inadaptés au séjour et au travail thérapeutique	26
5	La formation des professionnels ne les prépare pas à prendre en charge la patientèle du secteur public	27, 28
6	L'hôpital peine à intégrer les apports extérieurs dans le parcours de soins	29, 30, 31, 32, 33, 34
Chapitre 3. Les établissements imposent, en raison du mode d'admission, des contraintes que n'exigent ni la loi ni l'état du patient		
1	Bien qu'infondée, la corrélation entre admission en soins sans consentement et enfermement est constante	
2	Le contrôle du comportement est rarement justifié par la clinique du patient	35, 36, 37
3	Le secret médical est inégalement préservé	38, 39, 40, 41

4	Les fonctionnements méconnaissent souvent la dignité et l'intimité du patient sans pour autant préserver sa sécurité	42, 43, 44
5	Les relations sociales sont maintenues avec difficulté	45,46
6	Les mesures normatives pour encadrer l'isolement et la contention ne parviennent qu'imparfaitement à leur objectif	47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55
Chapitre 4. Les patients, mal informés, peinent à exercer leurs droits		
1	L'information du patient sur son mode d'admission et les droits qui en découlent lui est rarement prodiguée de façon utile	56
2	Le consentement et la réappropriation de la démarche de soins par le patient sont inégalement recherchés	57, 58, 59, 60, 61
3	Les autorités de contrôle doivent être mises en mesure d'exercer plus efficacement leur mission	62,63
Chapitre 5. Les lois de 2011 et 2013 n'ont pas garanti le respect des droits qu'elles affirmaient		
1	La mise en œuvre des procédures exceptionnelles est banalisée	64
2	L'obligation d'informer le patient est subie par les établissements	
3	Le contrôle du juge n'a pas trouvé sa plénitude	
4	Le contrôle du déroulement de la prise en charge ne s'étend ni aux programmes de soins ni aux sorties de courte durée	65,66
5	Les difficultés d'application de la loi, qui n'atteint pas ses objectifs, appellent sa refonte complète	67

Chapitre 1

L'évolution de la psychiatrie laisse persister la contrainte dans les soins

5. Le premier chapitre ne comporte aucune recommandation, mais il fait état du positionnement du CGLPL à l'égard de la psychiatrie. Le titre laisse à penser que laisser persister la contrainte dans les soins serait un reproche. Le CGLPL exprime-t-il ainsi une position abolitionniste² par rapport aux soins en psychiatrie ?

Section 1. La réalité du fonctionnement de la psychiatrie a trahi les ambitions humanistes de ceux qui ont promu les réformes du XX^e siècle

6. L'analyse de l'évolution de la psychiatrie qui débute le livre du CGLPL est à charge. Après avoir développé la psychothérapie institutionnelle après la Seconde Guerre mondiale et le décès de milliers de patients dans les asiles psychiatriques, puis avoir créé le secteur, la psychiatrie aurait souffert de trois faiblesses. Une sectorisation inadaptée à l'évolution démographique, pas d'hospitalisation pour les mineurs qui se retrouve dans des services d'adulte et pas d'adaptation à la modification de la patientèle depuis les dix dernières années. Les patients ne seraient pas libres de choisir leurs lieux d'hospitalisation et la régulation des patients entre secteur sanitaire et secteur médico-social aurait été rendue plus complexe par les lois sur le handicap.

Conclusion : « *Ainsi, mal comprise, dépourvue de moyens et d'enseignement, la parenthèse de la psychothérapie institutionnelle, terreau de la politique de secteur se referme-t-elle, restant plus invoquée que réelle* » (p.9).

Évidemment, l'analyse est un peu courte, inhérente au format de l'ouvrage, car la crise que traverse la psychiatrie nécessite des développements qui ne peuvent avoir leur place dans cet opuscule. La question est de se demander si cette « trahison » n'est que due à la psychiatrie.

Section 2. Le respect des droits de l'individu devient secondaire au maintien de l'équilibre social

7. La psychiatrie contribuerait essentiellement à l'équilibre social et pour mener cette action, le CGLPL considère que le DSM 5 ou la CIM 10 auraient contribué à formater l'esprit des psychiatres dans une lecture normative des comportements. Le DSM depuis ses buts n'est guère apprécié des psychiatres et est surtout utilisé par les universitaires dans le cadre des travaux de recherche et la CIM est utilisée « approximativement » le plus souvent par les psychiatres pour la cotation des actes imposée par la réglementation.

² La FFP a écrit un mémoire sur les soins sans consentement, l'isolement et la contention en considération des droits fondamentaux des usagers de la psychiatrie et dans la perspective d'une réforme des lois régissant la psychiatrie qui sera mis en ligne sur son site.

Section 3. Les demandes adressées à la psychiatrie, dont une partie traduit des préoccupations sécuritaires, se multiplient

8. Sur ce point, nombreux sont les professionnels de la psychiatrie à être d'accord. Les soins pénalement ordonnés (obligations et injonctions de soin), la radicalisation, la rétention de sûreté, etc. sont autant de mesures contraignantes où la question du consentement est encore plus ambiguë. Dans cette section, le CGLPL revient encore sur l'usage des classifications en psychiatrie : « *Les descriptions et classifications des troubles des conduites chez l'enfant (CFTEMA) et les troubles du comportement chez l'adulte dans les classifications psychiatriques CIM 10 et DSM 5 traduisent cette question de la psychiatisation des écarts à la norme sociale* » (p. 14).

Section 4. Les lois 2011-2013 ont dans le même mouvement instauré un contrôle du juge et créé une nouvelle procédure restrictive des droits

9. Dans cette section, le CGLPL reprenant l'historique de la genèse de la loi 2011, considère qu'en dépit de l'avancée que représente le contrôle par un magistrat de la privation de liberté dans les soins sans consentement, les deux lois de 2011 et 2013 « *ne reviennent pas sur le principe de l'enfermement des patients et de la contrainte* » (p. 19). Et le CGLPL remarque que la réforme de la loi « *ne constitue pas l'aboutissement d'une réflexion de l'ensemble de la profession sur ses pratiques au regard d'un nécessaire et utile respect des droits des patients (...)* De leur côté, les magistrats judiciaires se sont montrés réticents quant à l'extension de leur compétence à ces décisions, extension peu préparée et qui a été réalisée à moyens constants³ » (pp. 13-14).

Section 5. La portée pratique du contexte normatif international reste très limitée

10. La réponse à la question en préambule de ce chapitre est dans cette section (Le CGLPL est-il abolitionniste ?). Le CGLPL manifeste clairement sa préférence pour les positions abolitionnistes de l'ONU en citant la rapporteure spéciale pour les droits des personnes handicapées qui appelle la France à « *revoir le cadre juridique se rapportant aux soins psychiatriques sans consentement, de sorte que tous les soins soient prodigués sur la base du consentement libre et éclairé, notamment d'autoriser⁴ l'octroi de soins intensifs à domicile sans entraves* » (p. 22). On comprend qu'à partir de cette position idéologique, les contrôles du CGLPL dans les établissements psychiatriques portent un regard sévère sur les soins sans consentement et avec une grille de lecture en déséquilibre avec la réglementation actuelle française.

³ Aussi bien pour la psychiatrie que pour la justice.

⁴ Pourquoi les autoriser ? Rien ne les interdit et les expériences d'hospitalisation à domicile ou de soins renforcés à domicile existent, même si leur réglementation et leur financement restent flous.

Section 6. L'insuffisance de la réflexion collective a contribué à l'intériorisation de la contrainte par l'institution hospitalière

11. Sans commentaire : en l'absence de réflexion collective de la part de la psychiatrie !...
Heureusement, le CGLPL est là pour penser !

Chapitre 2

L'organisation des soins sans consentement n'offre pas une prise en charge adaptée à la diversité des situations

Section 1. La permanence des soins en psychiatrie ne permet pas de gérer respectueusement les situations de crise

Recommandation 1

Chaque territoire doit définir un schéma des urgences psychiatriques garantissant un accès aux soins digne et respectueux des droits du patient.

Recommandation 2

Les services d'urgence doivent disposer d'un espace d'apaisement spécifique aux patients en situation d'agitation et protocoler des méthodes de prise en charge respectueuses des droits du patient et de sa dignité.

Recommandation 3

La filière des urgences psychiatriques doit permettre une prise en charge en hospitalisation spécialisée de courte durée, en coordination avec les urgences générales et leur plateau technique.

Recommandation 4

La loi doit prévoir qu'au même titre que toute autre mesure de privation de liberté, les mesures d'isolement et de contention de patients dans les services d'urgence soient tracées dans le dossier du patient ainsi que sur un registre spécifique.

Recommandation 5

Il doit être possible de traiter les personnes en crise prioritairement en dehors de l'hôpital, notamment à leur domicile, dans des centres médico-psychologiques, ou tout autre dispositif pouvant les accueillir plusieurs jours, jusqu'à résolution de l'épisode.

12. Remarque sur l'intitulé : Que ce soit l'intitulé du chapitre ou celui de la section 1, le constat est sévère à la fois sur le plan clinique et thérapeutique (pas de prise en charge adaptée) et pas de gestion respectueuse de la crise : c'est grave si systématique.

13. Les quatre premières recommandations sont relatives aux urgences et enfoncent des portes ouvertes. Le CGLPL ne peut ignorer la grave crise des urgences que traverse notre pays depuis des années. On ne peut que souscrire à ces remarques et propositions qui sont des lieux communs.

14. Dans les commentaires qui les accompagnent, le CGLPL constate qu'aucun territoire ne dispose d'un schéma d'organisation des urgences psychiatriques et fait référence, sans le citer intégralement l'article 3221-5-1 du code de la santé publique, issu de la loi du 26 janvier 2016 (p.28) : « *Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2. Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1,*

notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-11. » On remarquera qu'il est du rôle des ARS de mener cette organisation. Que fait l'État ?

15. La prise en compte de la réalité émerge parfois à la conscience du CGLPL quand il remarque que « *Sauf exception, un service d'accueil et d'urgence (SAU) n'offre ni la sérénité ni la disponibilité d'interlocuteurs pour prendre le temps d'obtenir le consentement de la personne à soigner* » (p. 29). Et l'on verra dans d'autres recommandations que bien que la sérénité soit rarement présente, de nombreuses autres informations doivent être communiquées au patient ou à son entourage », comme l'inscription dans le logiciel Hopsyweb.

16. La recommandation 4, que l'on ne peut que comprendre dans le principe, va ravir les SAU, dont les temps de loisirs sont inépuisables. La lourdeur de la tenue du registre bien connue de la psychiatrie ne peut que la conduire à avoir un sentiment d'empathie pour ses collègues urgentistes.

17. Les soins hors hospitalisations sont une préoccupation constante pour la psychiatrie et les actions en ce sens sont nombreuses. La dernière référence à tout autre dispositif pouvant accueillir les personnes en crise plusieurs jours jusqu'à résolution de l'épisode, semble une discrète prise de conscience de situations critiques, et la reconnaissance qu'une forme d'hospitalisation peut encore s'avérer nécessaire.

Section 2. L'intérêt thérapeutique et le respect de la dignité et des droits du patient pâtissent souvent de choix ou de contraintes organisationnelles

Recommandation 6

Dans les hôpitaux généraux, le rapport financier de l'établissement doit comporter une partie sur le financement de l'activité psychiatrique explicitant notamment la dotation annuelle de fonctionnement attribuée, la part de cette dotation affectée aux services communs avec une justification en comptabilité analytique.

Recommandation 7

Les effets des restrictions budgétaires associés au maintien de l'obligation d'accueil des patients en soins sans consentement entraînent un appauvrissement des structures extra hospitalières et, par suite, une augmentation des réhospitalisations. Ce phénomène doit être inversé par un financement adapté à la hauteur des besoins effectifs de prise en charge.

Recommandation 8

Une attention particulière doit être apportée à l'élaboration collective du projet d'établissement dans une démarche participative du personnel. Les choix et objectifs arrêtés doivent être prioritairement évalués à l'aune du respect de la dignité et des droits des patients.

Recommandation 9

La durée d'emploi d'un médecin psychiatre intérimaire extérieur à l'établissement de santé mentale ne doit pas être inférieure à trois mois.

Recommandation 10

Avant d'autoriser l'exercice de la psychiatrie par des médecins à diplôme étranger, le conseil de l'Ordre doit s'assurer de leur maîtrise suffisante de la langue française.

Recommandation 11

L'accès aux soins somatiques doit être garanti pour tous les patients en soins sans consentement hospitalisés et le médecin généraliste doit être intégré au projet de soin et à son suivi.

Recommandation 12

Un recours à l'addictologie doit être assuré dans tous les établissements prenant en charge des patients en soins sans consentement.

Recommandation 13

L'organisation des soins doit répondre aux besoins : les effectifs de soignants présents auprès des patients doivent être suffisants pour leur permettre l'exercice des soins de psychiatrie, y compris des activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soin.

Recommandation 14

Les établissements doivent organiser l'accès des professionnels à une supervision, indépendante de la structure et réalisée sur leur temps de travail.

Recommandation 15

Le séjour d'un patient en soins sans consentement ne peut se faire que dans une chambre hôtelière, y compris s'il est amené à séjourner le temps nécessaire à la résolution de la crise dans un espace dédié, comme une chambre d'isolement. Il doit être en mesure à tout moment de réintégrer sa propre chambre d'hospitalisation. À cette fin, les logiciels de gestion des lits ne doivent pas intégrer les chambres d'isolement ou d'apaisement.

18. Remarque sur l'intitulé : intérêt thérapeutique, dignité, droits sacrifiés « souvent » du fait de contraintes organisationnelles. Grave.

19. Les recommandations 6, 7 et 13 peuvent mener à désigner le CGLPL comme membre d'honneur de nombreux syndicats de professionnels. Dommage que ne soient pas cités les nombreux travaux de ces professionnels qui n'ont pas attendu le CGLPL pour faire ces constats... Concernant les effectifs suffisants, serpent de mer de revendications diverses et de clarifications, cette question devrait être abordée dans la réforme en cours du régime des autorisations.

20. Dans l'élaboration d'un projet médical (recommandation 8), la démarche participative est effectivement plus importante que le document final, qui comporte de nombreuses actions qui ne seront jamais menées ou qui sont soumises aux aléas de notre société. On peut se demander quel sera l'avenir des projets médicaux dont une strate supplémentaire se dessine avec les GHT (projet médical d'établissement, puis projet médical de groupement : la démarche participative va devenir complexe).

21. Recommandation 9 et 10. Ne recruter un intérimaire pour trois mois minimum est souhaitable, mais l'idéal serait de ne pas avoir besoin d'en recruter... Outre, l'impossibilité de s'inscrire dans la durée dans la vie institutionnelle, le coût de l'intérim est exorbitant. Et il vaut évidemment bien parler français, d'autant plus que même lorsqu'on parle bien français, on a des difficultés à se comprendre !

22. Pas très exigeant le CGLP avec sa recommandation 11. L'accès aux soins somatiques doit être garanti pour **tous** les patients hospitalisés en établissement psychiatrique et pas uniquement pour ceux admis en soins sans consentement. À noter que sur l'ensemble du

territoire, notamment en zone rurale, l'accès aux soins somatiques qu'ils soient généralistes et a fortiori pour certaines spécialités (ophtalmologiques, chirurgiens-dentistes, gynécologues, etc.) est difficile pour toute la population, avec des délais d'attente pire qu'en psychiatrie (mais on parle bien préférentiellement des listes d'attente en psychiatrie) et l'obligation pour avoir une consultation rapide de changer de région.

23. Pouvoir recourir à l'addictologie (recommandation 12) est une nécessité, car les comorbidités psychiatrie/addictologie sont fréquentes. Mais entre les désirs et la réalité, encore une fois...

24. Le CGLPL, qui ne fait que passer sur des établissements, ne peut connaître la dynamique de la demande de supervisions (recommandation 14). Au gré des vies institutionnelles, ces demandes sont récurrentes et insistantes. Une fois ces réunions instaurées, après quelques séances, les participants fondent comme neige au soleil. Ce travail est très impliquant psychiquement et y participer est complexe.

Un travail institutionnel constant au niveau de chaque équipe, avec des réunions de service régulières (staffs) inscrites dans la politique générale de l'établissement et soutenue par tous est un préalable qui est tenable dans le temps et beaucoup réaliste et opérationnel que des supervisions, sans que celles-ci soient à exclure en fonction des possibilités et dynamiques locales. L'obligation (les établissements « doivent »...) recommandée par le CGLPL est trop générale pour être retenue.

Peut-être que le CGLPL dont les équipes sont confrontées à des situations lourdes, en prison, à l'hôpital psychiatrique, dans les centres de rétention administrative ou les commissariats a mis en place un modèle de supervision dont il pourrait faire profiter la psychiatrie.

25. Avoir une chambre hôtelière, toujours disponible, le temps d'un isolement en espace spécialement dédié⁵ est une nécessité indiscutable. L'insistance du CGLPL (recommandation 15) sur ce point est bien utile, permettant d'accélérer les travaux pour satisfaire à cette obligation et n'intégrant pas les chambres d'isolement dans l'effectif des lits de l'hôpital.

⁵ Nouvelle formulation euphémisante officielle des chambres d'isolement, mais « espace » spécialement dédié à quoi ? Dans chambre d'isolement, la notion d'isolement n'est pas déniée. Autant appeler un chat un chat. La propension à euphémiser ou dénier ce qui concerne la psychiatrie est ancienne. Asiles étant connotés négativement, après avoir usés d'hôpital psychiatrique, sont apparus les CHS, les centres hospitaliers spécialisés, mais spécialisés en quoi, les EPSM, établissements publics de santé mentale, pour ne pas dire psychiatriques, les CMP, centres médicopsychologiques, mais surtout pas centres psychiatrico-psychologiques. On connaît aussi les UHSA, unités hospitalières spécialement aménagées, mais aménagées pour quoi, et toujours pour les prisons, il y eut l'éphémère DSP, dispositif de soins psychiatriques, rapidement transformé en USMP, unités de soins en milieu pénitentiaire, terminologie indifférenciée pour les soins somatiques comme pour les soins psychiatriques. De quoi la psychiatrie a-t-elle honte ?

Section 3. Malgré sa diversité, l'offre de soins ne répond qu'imparfaitement à l'hétérogénéité des besoins

Recommandation 16

L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à leur âge.

Recommandation 17

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

Recommandation 18

Pour les patients souffrant de lourdes pathologies chroniques et nécessitant éventuellement des réhospitalisations, la filière psychiatrique doit repenser les prises en charge en mettant l'accent sur le développement d'une offre de lieux de vie et de soins médico-sociaux adaptés et dignes.

Recommandation 19

Afin de lever leurs réticences à autoriser les sorties de leurs patients, les psychiatres doivent recevoir une formation juridique sur les conditions précises et réelles — au demeurant exceptionnelles — dans lesquelles leur responsabilité pour faute peut être engagée en cas de dommage causé par un de leurs patients.

Recommandation 20

Les UHSA doivent à tout moment être en mesure d'admettre un patient en urgence.

Recommandation 21

Le programme de réalisation des UHSA doit être achevé afin d'atteindre les dix-sept unités prévues.

Recommandation 22

Une analyse de la pertinence des unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP) doit être conduite. Si ce dispositif devait être maintenu, un cadre réglementaire doit préciser les indications médicales et définir de manière limitative les privations de liberté possibles dans ces unités.

Recommandation 23

La loi permettant la suspension de peine pour raison psychiatrique doit être appliquée ou révisée si elle s'avère inapplicable

Recommandation 24

Le personnel médical et non médical des établissements psychiatriques doit être informé et sensibilisé sur les conditions d'incarcération des personnes détenues et les modalités de leur prise en charge par les unités sanitaires des établissements pénitentiaires.

Recommandation 25

L'hospitalisation de personnes détenues en service de psychiatrie générale ne doit en aucun cas s'accompagner de la violation des droits fondamentaux du fait de leur statut pénal. Seul l'état clinique doit être pris en considération par le personnel médical et soignant.

26. La doctrine du CGLPL relative aux enfants et aux adolescents semble fluctuer (Recommandations 16 et 17). La recommandation 17 contre-indique l'hospitalisation dans une même unité des personnes mineures et majeures. Pourtant, dans le rapport thématique sur [les droits fondamentaux des mineurs en établissements de santé mentale](#) en 2017, le CGLPL dans ses recommandations relatives au cadre juridique et aux conditions d'admission préconisait une mixité entre des mineurs de 16 ans et des majeurs jusqu'à 25 ans : « *Les patients mineurs ne devraient pas être accueillis avec des adultes de plus de 25 ans. Il devrait être envisagé de regrouper dans des unités distinctes d'une part, les mineurs de 13 à 16 ans et, d'autre part, les*

jeunes de 16 à 25 ans » (Rapport cité, p 55). La discussion sur cet important sujet, aux implications médico-légales, et en termes de responsabilité pour les hôpitaux, est en cours dans le cadre de la réforme des autorisations. Il sera important que les autorités tranchent et assument. L'isolement d'un mineur, quand il est hospitalisé dans un service d'adulte, n'est pas toujours décidé pour des raisons cliniques, mais souvent pour le protéger des adultes, et notamment la nuit.

27. Les commentaires accompagnant la recommandation 18 prennent en considération une réalité difficile et complexe. Les hôpitaux psychiatriques s'efforcent à s'y adapter. Cet état de fait est reflet qu'un certain nombre de personnes, en lourde perte d'autonomie, ne trouvent un accueil qu'en hôpital psychiatrique. La solution à cette question, à laquelle les hôpitaux psychiatriques ne peuvent trouver de réponses sans partenariats médico-sociaux disponibles, nécessite un important travail sociétal, de façon pragmatique en tissant des liens avec tous les autres partenaires non sanitaires (notamment dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale). Il convient toutefois de noter qu'aussi bien les moyens que la tolérance sociétale ne sont guère au rendez-vous.

28. La recommandation 19 est précédée de commentaires illustrant les vellétés sécuritaires de la société et la crainte des médecins de voir leur responsabilité engagée en cas d'accidents, malgré la rareté des condamnations médicales. Les médecins ne sont pas les seuls à se montrer pusillanimes : les administrations hospitalières et préfectorales, voire judiciaires (procureurs) le sont tout autant. La formation juridique sur les risques en termes de responsabilité ne peut qu'être utile, mais se heurtera à l'inconscient collectif qui préfère le principe de protection à la prise de risques⁶.

29. Les recommandations 19, 20, 21, 23, 24, 25 concernent les personnes détenues. Si la recommandation 20 insiste sur la nécessité que toute unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) soit en mesure d'admettre en urgence une personne détenue, le commentaire qui l'accompagne est tout aussi intéressant. Faute de place en UHSA, notamment en soins libres avec le consentement de la personne, si l'admission est urgente, elle se fait dans l'établissement de proximité, mais sous le régime du soin psychiatrique à la demande du représentant de l'État (SPDRE) article D398 du code de procédure pénale. Même avec la 2^e tranche du programme UHSA (recommandation 21), les admissions en urgence ne seront guère toujours possibles. L'admission dans l'hôpital de proximité (qui est dans la logique du secteur) devrait rester possible, mais la question de l'hospitalisation en soins libres d'une personne détenue dans une unité ouverte reste une question délicate qui ne plaira ni au procureur, ni au préfet, ni aux soignants, ni aux administratifs, ni à l'opinion publique...

30. Le programme UHSA est un témoin de la pression sécuritaire exercée sur la psychiatrie, qu'une certaine partie de la psychiatrie publique a soutenu. En ce sens, on peut reconnaître que la psychiatrie a intériorisé la contrainte (chapitre 1, section 6), mais le CGLPL en soutenant le développement du programme UHSA a intégré aussi la contrainte. Bienvenue au club !

⁶ Mécanisme psychologique qui est très répandu lors de la pandémie Covid-19.

31. La formation des personnels médicaux et paramédicaux sur les conditions d’incarcérations des personnes détenues, sur leur prise en charge par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (recommandation 24) ne peut qu’être utile, mais elle ne suffira pas pour balayer les préjugés, les appréhensions et les peurs que de nombreux soignants partagent avec la population générale. Évidemment que seul l’état clinique des personnes détenues doit être pris en compte lors de leur hospitalisation (recommandation 25), mais... toujours des représentations négatives lourdes à combattre, et y compris partagés chez les administratifs hospitaliers, préfectoraux ou les autorités judiciaires.

32. La suspension de peine (et de détention provisoire) pour raisons médicales (recommandation 23) est certes d’application difficile. La procédure pourrait être allégée et [le guide méthodologique](#) qui l’accompagne n’est pas très aisé d’utilisation et laisse souvent à la personne concernée l’initiative de mener la mesure alors qu’elle n’en est souvent guère capable. Mais la principale difficulté consiste à trouver des solutions d’aval à la prison pour une prise en charge efficace. Il est à noter qu’en 2019, la mesure a été simplifiée (ordonnance n° 2019-964 du 18 septembre 2019 — [article 720-1-1 du code de procédure pénale](#)) en permettant que la suspension de peine ou de détention provisoire soit possible, même lorsque la personne est hospitalisée en SDRE D398 en UHSA ou en hôpital psychiatrique.

33. Les commentaires sur ces dernières recommandations portent aussi sur l’expertise psychiatrique, mais ne font pas l’objet d’une recommandation. Courant 2020, plusieurs commissions sont en cours pour se pencher sur la crise chronique de l’expertise psychiatrique pénale. Il s’agit d’un sujet important dans un État de droit, mais que la puissance publique échoue à résoudre et que le CGLPL résume ainsi : « *La question de la responsabilité pénale n’est pas traitée clairement* » (p.64).

34. Les treize unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ont un statut imprécis, à mi-chemin entre unité sectorielle fermée et unité pour malades difficiles (UMD). Le CGLPL a raison de souligner la nécessité de clarifier leur statut et leurs moyens pour accueillir et traiter des personnes souffrant de troubles psychiques importants (recommandation 22). Le statut des USIP doit faire l’objet d’une réflexion dans la réforme des autorisations.

Section 4. Les locaux des hôpitaux demeurent souvent inadaptés au séjour et au travail thérapeutique

Recommandation 26

Les unités d’hospitalisation doivent offrir des conditions d’hébergement dignes et confortables (chambres individuelles avec sanitaires complets, espaces extérieurs accessibles, salles d’activités et de détente en nombre suffisant) et des moyens de qualité pour les soignants (matériel et salles de soins, d’activités et de repos).

35. Il s’agit d’une recommandation partagée où l’on retrouve la communauté d’esprit du CGLPL avec les revendications syndicales. À noter que l’hôpital psychiatrique est souvent en

avance sur l'hôpital général en ce qui concerne les chambres individuelles. Évidemment, les hôpitaux en déficit budgétaire chronique n'ont souvent pas les moyens d'engager d'importants travaux. Recommandation à renvoyer au ministère de la Santé.

Section 5. La formation des professionnels ne les prépare pas à prendre en charge la patientèle du secteur public

Recommandation 27

La formation des psychiatres doit comporter des enseignements sur l'ensemble des théories qui ont conduit à l'organisation de la psychiatrie avec un secteur qui offre des soins sans discrimination de lieu ou de pathologie. La diversité des outils thérapeutiques doit être ainsi préservée dès lors qu'aucun d'entre eux n'a fait la preuve de son universelle efficacité ni n'a discrédité sérieusement la valeur des autres.

Recommandation 28

Tout infirmier postulant dans un service de psychiatrie doit avoir suivi un cursus de formation spécialisée d'une durée d'au moins six mois.

36. Avec les recommandations 27 et 28, le CGLPL est en phase avec les professionnels de santé. Le retour sur l'histoire récente qui a vu disparaître l'internat des hôpitaux psychiatriques et la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique a modifié drastiquement le profil de soignants en psychiatrie. On retiendra l'élégance et la subtilité de la dernière phrase de la recommandation 27, très diplomatiquement tournée.

Section 6. L'hôpital peine à intégrer les apports extérieurs dans le parcours de soins

Recommandation 29

Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation à temps plein. Des conseils de la vie sociale, à l'instar de ceux du secteur médico-social, devraient être installés.

Recommandation 30

Le décret fixant la composition de la commission des usagers doit être modifié pour tenir compte, dans la mesure du possible, de l'ensemble des associations représentant les patients sur le territoire de santé.

Recommandation 31

L'expérience des proches sur le parcours du patient doit être prise en compte dans la prise en charge de celui-ci. Elle doit aussi être diffusée dans le cadre d'un partage plus large notamment auprès d'autres familles et intervenants.

Recommandation 32

Les formations initiales et continues de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie doivent aborder la question du rétablissement et de la pair-aidance (avec des formateurs pairs aidants usagers et familles)

Recommandation 33

Tout établissement agréé pour prendre en charge des patients en soins sans consentement doit mettre en place un comité d'éthique compétent pour toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux.

Recommandation 34

Les agences régionales de santé doivent intégrer le respect des droits fondamentaux et de l'accès aux soins de qualité dans les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements prenant en charge des patients en soins sans consentement.

37. Encore un hôpital à la traîne. Le CGLPL généralise trop souvent ses recommandations. La systématisation (recommandation 29) s'oppose à l'individualisation des projets d'unités fonctionnelles. À l'instar de la Justice qui tient à l'individualisation de la peine (et s'oppose ainsi aux peines planchers), il appartient à chaque équipe de trouver les organisations optimales en fonction du contexte.

38. Des efforts pour s'ouvrir sur l'extérieur sont toujours à faire, mais l'inverse est aussi vrai : l'extérieur peine à aller vers la psychiatrie. « L'aller vers » s'optimisera si la démarche se fait dans les deux sens.

39. Déjà depuis plusieurs années, la psychiatrie s'est ouverte davantage aux proches du patient. L'étanchéité importante qui existait a perdu de sa rigueur. L'équilibre reste toutefois souvent délicat, car il faut obtenir le consentement de la personne pour échanger avec ses proches et quand l'opposition du patient est importante alors que l'aide de l'entourage s'avérait très utile, le travail thérapeutique doit être prudent pour ne pas risquer une rupture relationnelle entre le patient et ses soignants (recommandation 31).

40. On apprend qu'il existe des comités d'éthique « incompetents » (recommandation 33), ce qui va ravir les comités d'éthique existants.

41. Pour la recommandation 34 : pas de commentaires, elle concerne les ARS qui doivent être attentives à un accès à des soins de qualité (serait-ce qu'elles n'intégraient que de soins non qualitatifs dans les CPOM ?)

Chapitre 3

Les établissements imposent, en raison du mode d'admission, des contraintes que n'exigent ni la loi ni l'état du patient

Section 1. Bien qu'infondée, la corrélation entre admission en soins sans consentement et enfermement est constante

42. L'intitulé de cette première section du chapitre 3 comme celui du chapitre exprime l'incohérence des établissements. Pas de recommandation dans cette section, mais des remarques générales qui font état de la variabilité des organisations relatives à la liberté d'aller et venir dans les hôpitaux psychiatriques qui semble soutenue par deux raisons essentielles : toujours les préoccupations sanitaires avec la crainte de la mise en cause des soignants en cas d'incidents et la « mécompréhension » (p. 85) de la loi et de ses principes. Ce dernier point est un des arguments pour soutenir la recommandation 67, la dernière, que l'on détaillera en conclusion.

On contestera de nouveau la tendance à la généralisation du CGLPL. De nombreux patients en soins sans consentement ne sont pas « enfermés » et peuvent circuler librement au sein de l'hôpital, évidemment les sorties en dehors de l'établissement relèvent des contraintes fixées par la loi).

Section 2. Le contrôle du comportement est rarement justifié par la clinique du patient

Recommandation 35

Une flexibilité doit être mise en place dans l'organisation quotidienne des hospitalisations (horaires des soins, de la dispensation des traitements, des repas, des activités) pour favoriser une prise en charge individualisée des patients, propice au respect de leurs droits et de leur dignité.

Recommandation 36

Les cours intérieures des unités doivent être équipées d'allume-cigares.

Recommandation 37

La suppression des régies des hôpitaux doit être compensée par l'organisation de services permettant aux patients d'accéder aisément à leurs valeurs, aux heures ouvrables.

43. Les recommandations 35 à 39 font partie des remarques très fréquentes du CGLPL lors de ces contrôles considérant que des règles de vie collective entravent trop souvent une individualisation de la prise en charge. À chaque établissement, à chaque équipe de trouver son organisation. À noter que la question des relations sexuelles des patients est un sujet sur lequel le CGLPL revient souvent lors de ses visites. Elle est évoquée dans les commentaires accompagnant ces trois recommandations, mais qu'il n'en fait aucune sur la vie sexuelle à l'hôpital. Serait-ce un tabou pour le CGLPL qui ne ferait alors qu'effleurer cette question ?

Section 3. Le secret médical est inégalement préservé.

Recommandation 38

La confidentialité des soins doit être respectée également lors de la distribution des traitements.

Recommandation 39

Les dispositions de l'article L. 3212-5 du code de la santé publique qui prévoient la transmission au préfet et à la commission départementale des soins psychiatriques des décisions d'admissions prises en soins sans consentement par le directeur de l'établissement doivent être réévaluées.

Recommandation 40

Les traitements informatiques croisant les données des fichiers du type de celui géré par les agences régionales de santé par le logiciel HOPSYWEB avec celles de fichiers de signalement de la radicalisation ou du terrorisme font regarder des personnes vulnérables comme problématiques, voire dangereuses. Ces traitements doivent être supprimés, car attentatoires au droit au secret médical.

Recommandation 41

La situation de soin en milieu pénitentiaire n'exonère en rien les intervenants du respect du secret médical. En tant que de besoin, le personnel médical et soignant doit exiger des conditions permettant ce respect.

44. Mais que fait la police ? Ou plutôt la Justice et tout particulièrement le procureur ? Un an de prison et 15 000 € d'amende pour non-respect du secret professionnel/médical ([article 226-13 du Code pénal](#)). Il s'agit d'une « accusation » grave du CGLPL. Cette section vaut-elle signalement auprès de la Justice ?

45. La recommandation 38 critique des distributions de médicaments dans des lieux collectifs où les patients ne peuvent pas se plaindre des éventuels effets indésirables des médicaments. Toutefois, même si ces situations peuvent être améliorées, la nature de chaque traitement reste confidentielle.

46. Les recommandations 39 et 40 sont amplement commentées dans le texte qui les précède, ainsi qu'au chapitre 1 section 3 où il est rappelé que même si une mesure de soins sans consentement est levée au bout de vingt-quatre heures, l'ARS gardera la trace de la mesure avec inscription dans Hopsyweb (p. 14). La découverte de ces deux recommandations dans cet opuscule ne peut que surprendre les professionnels qui découvrent, bien tardivement, que le CGLPL conteste les deux décrets relatifs au logiciel Hopsyweb que des associations de professionnels et d'utilisateurs ont largement contesté, en vain, devant le Conseil d'État. Au moment des recours devant le Conseil d'État, le CGLPL ne les a pas soutenus. Commentant la recommandation 40, le CGLPL reprend un des arguments forts des opposants à ce logiciel : « *L'existence de ces fichiers constitue une atteinte majeure à la confidentialité des soins et entraîne une stigmatisation de personnes la plupart du temps vulnérables ou qui à l'occasion d'un épisode clastique dans un cadre conflictuel vont se retrouver cataloguées dangereuses.* » (p. 98).

47. La recommandation 41 s'avère irritante pour les professionnels de santé psychiatriques comme somatiques qui interviennent en milieu pénitentiaire. Deux associations, l'association des professionnels de santé intervenant en prison (APSEP/somaticiens) et l'association des

secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), ont milité avec insistance pour que le secret médical soit respecté dans le milieu carcéral. L'intimité n'existant pas en prison, il convient de s'opposer à toute situation qui contribue à son affaiblissement. Deux situations sont emblématiques de la situation : la participation à des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) et l'utilisation du logiciel [GENESIS](#), encore un dispositif technique comme Hopsyweb, en argumentant autour de l'échange [d'informations opérationnelles](#), concept flou au périmètre variable selon les professionnels concernés. Les professionnels de santé n'ont pas non plus été soutenus par le CGLPL sur ces actions, aussi la recommandation 41 a-t-elle un gout amer.

Section 4. Les fonctionnements méconnaissent souvent la dignité et l'intimité du patient sans pour autant préserver sa sécurité

Recommandation 42

Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au seul patient et aux soignants de les ouvrir et préservant l'occupant de toute intrusion. Les chambres doivent être équipées de placards fermant à clé.

Recommandation 43

La pratique des fouilles des patients, de leurs placards ou des sacs des visiteurs, qui constitue une violation de l'intimité et une atteinte à la dignité, doit être proscrite. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les situations exceptionnelles, où une fouille permettrait de prévenir un risque grave et imminent pour le patient ou pour des tiers.

Recommandation 44

L'intervention directe d'agents de service de sécurité auprès des patients doit être prohibée.

48. En préambule à ces recommandations, le CGLPL évoque les atteintes à la dignité et tout particulièrement le port du pyjama tout en précisant que ces pratiques tendent à disparaître et sans émettre de recommandations. On ne peut que souscrire aux remarques du CGLPL avec l'espoir que ces pratiques d'un autre temps disparaissent définitivement.

49. La recommandation 42, particulièrement pertinente, permettra de ne pas avoir des « isolements » sans motifs thérapeutiques, mais pour éviter les intrusions intempestives d'autres patients dans les chambres, notamment la nuit. Pouvoir se sentir en sécurité dans sa chambre, dans un milieu psychiatrique parfois inquiétant, est nécessaire.

50. L'exceptionnalité des fouilles doit pouvoir être maintenue en cas de présomption sérieuse d'un risque. Certaines pratiques signalées par le CGLPL sont très surprenantes comme le recours à une brigade cynophile (p. 103). On en déduit que certains hôpitaux rencontrent des problématiques très aiguës et qui nécessitent un partenariat étroit avec la Justice et la police pour trouver des solutions sans impact négatif sur les patients aussi bien psychologiquement que pour le respect de leurs droits.

51. Sur la question de l'intervention directe des agents de sécurité (recommandation 44), le CGLPL pourrait préciser ce qu'il entend comme « intervention directe ». En cas de crise, et ne dénions pas leur importance possible, la simple présence des agents de sécurité, laissant l'équipe soignante intervenir, peut être d'un recours utile et apaise la situation sans leur

intervention physique. Il serait intéressant d'interroger le modèle de Trieste, apprécié par le CGLPL, sur les modalités d'intervention en cas de situation suraigüe. On serait probablement surpris...

Section 6. Les mesures normatives pour encadrer l'isolement et la contention ne parviennent qu'imparfaitement à leur objectif

Recommandation 47

Le proche désigné par le patient dans ses directives anticipées doit être informé de la mise en isolement, et sous contention le cas échéant, de celui-ci. À défaut, le procureur doit être immédiatement informé de cette mesure.

Recommandation 48

Le législateur doit désigner le juge compétent pour statuer sur les recours relatifs aux décisions de placement en isolement et préciser la procédure du recours.

Recommandation 49

Le ministre chargé de la santé doit produire une circulaire qui précise les données devant figurer dans le registre d'isolement et les modalités de leur enregistrement qui en garantissent la pertinence pour l'analyse de pratiques. Les éléments relatifs à chaque mesure doivent comporter, a minima sa durée totale, le statut initial du patient et son statut vingt-quatre heures après, le lieu d'exécution de la mesure, l'existence et la durée d'une contention associée.

Recommandation 50

Un observatoire national des pratiques d'isolement et de contention doit être mis en place. Les données des registres d'isolement doivent lui être régulièrement communiquées.

Recommandation 51

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.

Recommandation 52

Les alternatives à l'isolement ou la contention doivent être explicitées dans les protocoles de mise en isolement.

Recommandation 53

Tout patient doit être examiné par un médecin généraliste ou par un urgentiste lors du placement en isolement ou sous contention.

Recommandation 54

Tout patient placé dans une chambre d'isolement doit pouvoir accéder aux toilettes et à un point d'eau.

Recommandation 55

La mise à nu des patients en chambre d'isolement est à proscrire, quel que soit leur état clinique. Les risques d'auto-agressivité doivent être prévenus par des dispositifs préservant la dignité du patient.

52. L'analyse de neuf recommandations est particulièrement d'actualité pour le deuxième semestre 2020 pour faire suite à l'annulation par le Conseil constitutionnel de l'article 3222-5-1 du code de la santé publique relatif à l'isolement, la contention et la tenue d'un registre traçant les mesures prises.

53. Pour argumenter la recommandation 48, le CGLPL rappelle que la loi de 2016 a considéré qu'une mise en isolement ou la pose d'une contention relevait d'une **décision** d'un psychiatre. Lors de la discussion parlementaire du projet de loi, le terme décision a été préféré à celui de prescription, sujet de débats qui ne sont d'ailleurs pas clos. Ce faisant, la qualification de décision la fait considérer comme un acte administratif, pouvant être contesté devant un juge. Avant la décision du Conseil constitutionnel, il semblait ne pas possible de contester les mesures, pourtant privatives de liberté. Il ne pourrait plus en être ainsi et le CGLPL demande au législateur de déterminer quel est le juge compétent : **juge de la liberté et de la détention ou juge administratif ?**

Outre la qualité du juge, il conviendra de préciser à **quel moment** le juge doit intervenir. Le Conseil constitutionnel a rappelé, comme il le fait régulièrement, que la Constitution (article 66) prévoit que le juge est le gardien des libertés, mais qu'il n'est pas prévu qu'il intervienne avant la décision de privation de liberté, mais a posteriori. Tout est une question de délai. Il n'est pas besoin de détailler ce point pour imaginer les problèmes pratiques et financiers que le contrôle juridique des isolements et des contentions va impliquer.

54. La recommandation 47 est révélatrice du moi-idéal juridique que promeut le CGLPL. Le proche désigné dans les directives anticipées du patient, et notamment la personne de confiance, doit être averti à chaque mise en isolement ou en contention. Sans insister sur le fait que les directives anticipées, que le CGLPL souhaite voir se développer et dont il fait état dans la recommandation 61, sont encore peu utilisées en psychiatrie, à tort ou à raison⁷, il convient de se demander dans quelle situation, la personne de confiance est placée quand elle est informée de la situation, à 23 h par exemple.

Il en est de même pour le procureur qui va être particulièrement content d'être destinataire de toutes ces informations.

Le CGLPL a-t-il demandé à ces personnes ce qu'elles pensent de ces suggestions et de leur faisabilité. La démarche est théoriquement, conceptuellement pertinente, mais nécessite de s'articuler avec la réalité et non être simplement le fruit d'une élaboration théorique, déconnectée de la réalité. En psychiatrie, la perte de contact avec la réalité est un phénomène clinique inquiétant.

55. Sans pour autant en faire une recommandation, et c'est dommage d'ailleurs, le CGLPL développe le problème de l'hospitalisation des mineurs (p. 112), qualifiée de périodes de non-droit. On ne peut que souscrire à cette analyse, mais comme de nombreuses autres situations, le reproche fait à la psychiatrie devrait être adressé aux pouvoirs publics qui échouent à résoudre cette question depuis des décennies.

56. La traçabilité des mesures d'isolement et de contention est un sujet que développe largement le CGLPL qui considère que les registres, quand ils existent, ne sont pas

⁷ Un autre terme pourrait être préférable, car les directives anticipées sont surtout connotées « fin de vie ». Pour plus d'informations sur ce sujet : [Santé mentale, Directives anticipées en psychiatrie, n° 245, février 2020.](#)

satisfaisants. La loi liste de manière insuffisante les informations à consigner dans le registre et souhaite qu'une circulaire les précise. Cette recommandation 49 est étonnante car la circulaire existe, mais n'est pas citée par le CGLPL, dont on ne peut nier qu'il est censé bien connaître les textes réglementaires : il s'agit de l'[INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017](#) relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Sur ce point, il est important de rappeler que lors que la discussion de loi concernant l'isolement, la contention et le registre, dans les premières versions, il était prévu un décret pris en Conseil d'État précisant les données du registre, mais dans la version finale de la loi, cette disposition a été supprimée et a mis en demeure les hôpitaux d'avoir un registre immédiatement dès la promulgation de la loi. C'était sans compter sur les problèmes techniques que cela comporte et que le CGLPL évoque. Il est probable que des données fiables globales au niveau national sur l'isolement et la contention ne seront pas disponibles rapidement, d'autant plus s'il faut encore faire des correctifs pour faire suite à la décision du Conseil constitutionnel et aux nouvelles dispositions qui pourront être prises.

57. Un **observatoire national des soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention** devrait être mis en place (recommandation 50). Ce souhait est largement partagé, mais il sera confronté aux difficultés pratiques de recueil de ces informations comme expliqué précédemment. L'ébauche de ce projet est portée par l'atelier soins sans consentement du Comité de pilotage de la psychiatrie. Des moyens seront évidemment nécessaires pour faire fonctionner l'observatoire tout en considérant le statut juridique qu'il doit avoir pour assurer son indépendance. La délimitation de sa mission sera intéressante à préciser : recueil des différentes mesures de SSC, leur évolution, la jurisprudence, l'analyse des motifs de mainlevées, les recours exercés, les modalités pratiques de recueil des informations par les établissements (fonctionnalités des logiciels, des dossiers des patients informatisés, conformité par rapport à la réglementation, aux recommandations de l'ATIH), l'analyse des registres et des rapports annuels sur l'isolement et la contention, voire un rôle de conseil et de soutien des établissements, etc. Les moyens conséquents pour le faire fonctionner doivent être à la hauteur de l'importance du sujet traité dans un État de droit et qui portent sur deux principes constitutionnels d'égale valeur : la **liberté d'aller et venir** et la **protection de la santé**.

58. La recommandation 51 est pertinente et souhaitable, mais à nouveau, les réalités pratiques ne la facilitent pas. Valider une décision par un psychiatre prise par un non-psychiatre et présentiellement n'est pas toujours possible, aussi bien pour des raisons pratiques que pour des raisons cliniques. Sur ce point, il faut aussi remarquer que le CGLPL apprécie les recommandations de la Haute Autorité de santé prises en 2017 concernant l'isolement et la contention qui « *confortent pour l'essentiel les préconisations du CGLPL* » (p. 110). La HAS considère que la confirmation de la mesure, prise par un interne par exemple, peut être uniquement confirmée par téléphone, sans déplacement. La disponibilité d'un psychiatre, notamment sur le temps de garde, mobilisé, et ce n'est pas rare, sur un autre site ne lui permet pas un déplacement rapide, voire pas du tout. En outre, et c'est souvent le cas la nuit, le quand

le déplacement devient possible, le patient peut s'être endormi, et venir le réveiller ne semble guère opportun. La réévaluation est bien plus pertinente le lendemain matin.

59. L'isolement et la contention ont été définis comme des pratiques de dernier recours. Il faut, avant d'y recourir, proposer des mesures alternatives qu'administratifs et juristes semblent mieux connaître que les professionnels. Dans la recommandation 52, le CGLPL propose que ces mesures soient indiquées dans des protocoles de mises en isolement. Les protocoles sont une des folies technocratiques de notre temps. Donner à un patient des soins, ce n'est pas vérifier une check-list avant le décollage d'un avion. Il manquera toujours une mesure judicieuse dans un protocole.

60. La recommandation 53 fait partie des recommandations à regrouper en cluster (c'est devenu un terme courant maintenant) : le cluster des recommandations « hors sol » déconnectées de la réalité. Avoir un examen médical, dans un temps de crise, par un médecin généraliste, ou mieux par un urgentiste disponible, et pour une durée parfois très courte est l'indicateur d'une vision complètement hors sol du CGLPL. Imaginer faire venir un urgentiste pour un isolement... Encore une fois, leur avis n'a pas été demandé. Il faut également préciser que la majorité des décisions d'isolement et contention sont prises au cours d'une mesure de soins sans consentement et qu'il est prévu une consultation médicale somatique dans les 24 h qui suivent l'admission du patient. Même pour les hôpitaux psychiatriques en difficulté pour assurer les soins somatiques, l'examen dans les 24 h est assuré. Pourquoi ne pas demander un examen somatique avant chaque augmentation de la dose de médicaments ? La contention demande pour sa part une surveillance étroite somatique comme psychiatrique et il n'y a aucune raison de ne pas assurer correctement ce suivi médical si les moyens sont présents.

61. La recommandation 54 est une évidence imposant toilettes et point d'eau accessible en chambre d'isolement. La disposition de la chambre doit pouvoir permettre des restrictions exceptionnelles à l'accès aux toilettes et à l'eau strictement nécessaires, adaptées et proportionnées en fonction de la gravité de l'état clinique des patients (dans l'optique de la protection de sa santé), tout en permettant au patient d'exprimer sans délai ses demandes. La question des moyens financiers, matériels est bien entendu évidente, mais l'implication des soignants et des administratifs de l'hôpital est primordiale pour faire cesser des situations quand elles s'avèrent indignes.

62. La recommandation 55 est de la même veine que la précédente. Y déroger nécessiterait une situation gravissime et dans le délai le plus court possible. Une sédation et une contention devraient permettre l'apaisement d'un patient qui chercherait par tout moyen de s'étouffer par exemple avec un vêtement.

Chapitre 4

Les patients, mal informés, peinent à exercer leurs droits

Section 1. L'information du patient sur son mode d'admission et les droits qui en découlent lui est rarement prodiguée de façon utile

RECOMMANDATION 56

Les patients faisant l'objet d'une décision de soins sans consentement doivent être informés de cette décision, qui doit leur être formellement notifiée, une copie leur étant laissée. Les droits afférents à leur mode d'admission doivent également leur être notifiés et explicités. Doivent de même leur être communiqués les certificats fondant la décision lorsque leur texte n'est pas repris dans le corps de celle-ci, ainsi que, le cas échéant, le nom du tiers ayant demandé l'admission.

Ils doivent également être avertis, si possible avant que la décision d'admission en soins sans consentement ne soit prise, que le préfet en sera informé et qu'en raison de cette admission, leur nom, accompagné de certaines données personnelles, figurera dans le fichier des personnes en soins psychiatriques sans consentement, traité par le logiciel HOPSYWEB. Les tiers demandant l'hospitalisation d'un proche doivent également en être avertis lors de la présentation de leur demande.

63. La recommandation 56 se scinde étrangement en deux parties. La première porte sur un thème très important pour le CGLPL : l'information sur les droits et la notification des décisions qui font l'objet de procédures variables selon les établissements. Faut-il s'en étonner ? Que les soignants expliquent les traitements, leurs indications, effets indésirables, etc., il s'agit de leur métier, mais se troquer en juriste est une usurpation d'identité qui ne les intéresse pas. Outre la complexité, et l'importance des documents à communiquer, les patients qui sont en mesure de les lire attentivement ne sont pas les plus nombreux⁸ (ce qui n'empêche pas toutefois de communiquer les documents, par respect pour la procédure, mais pas forcément par respect pour les patients qui peuvent se sentir agressés par ces démarches formelles et absconses).

64. La deuxième partie de la recommandation 56 est bien étrange et semble avoir été ajoutée quand le CGLPL s'est décidé à s'intéresser à Hopsyweb (cf. recommandation 40), sans que d'ailleurs le texte qui la précède ne fasse d'allusion à cette information sur Hopsyweb. La recommandation est étrange pour deux raisons : en étant un tantinet « perverse » en demandant au soignant d'informer de l'enregistrement des patients dans le logiciel Hopsyweb qu'ils ont largement contesté et en n'ayant aucun sens des réalités pour en demander l'information au temps de la crise qui est à l'origine de la mesure de soins sans consentement. Ce moment est suffisamment difficile pour qu'en plus, il faille expliquer Hopsyweb au patient et à son entourage. Puisque le préfet est intéressé par la situation, qu'il se charge de l'information. Cette remarque appelle aussi le fait qu'à celui qui prend une décision, appartient la charge de l'annoncer. Toute décision prise dans le cadre des SDRE devrait être annoncée par le préfet. La deuxième partie de cette recommandation 56 doit être rangée dans le cluster des recommandations « hors-sol ».

⁸ Combien d'entre nous lisent, et comprennent, tous les termes des contrats à l'ouverture d'un site sur internet (RGPD) ou tous les articles d'un contrat d'assurance. Le formalisme juridique semble plus important que l'appropriation par la personne des termes de ces contrats.

Section 2. Le consentement et la réappropriation de la démarche de soins par le patient sont inégalement recherchés

Recommandation 57

La recherche du consentement d'un patient en soins sans consentement doit être reprise à chaque entretien et passe par une formation et information des soignants réactualisée régulièrement.

Recommandation 58

La mise en œuvre de prescriptions « si besoin » en psychiatrie, sans le consentement du patient, dans la prise en charge des situations de crise doit être prohibée.

Recommandation 59

En cas de recours à la sismothérapie, administrée parfois sans le consentement de la personne, il est nécessaire de prévoir une procédure de décision collégiale et une information de la personne de confiance afin que le consentement de la personne ou de ses représentants soit mieux éclairé et entendu.

Recommandation 60

Des programmes d'éducation thérapeutique doivent être proposés aux patients dont l'état de santé nécessite un traitement de psychotropes au long cours.

Recommandation 61

La mise en œuvre des directives anticipées du patient sur les modalités de sa prise en charge lors des phases de crises doivent être généralisées.

65. La notion du consentement est au cœur de ce sujet et elle est en permanente évolution comme le détaille le Comité consultatif national d'éthique dans son avis n° 130 (cf. Annexe 2) et comme à l'accoutumée, le CGLPL présume une inaction des soignants dans la recherche du consentement.

66. Tel que la recommandation 57 l'exprime, des néophytes en psychiatrie pourraient comprendre qu'à chaque entretien, il devrait y avoir explicitement une question posée au patient sur son positionnement de l'instant sur le consentement. Dans la pratique, il n'en est pas ainsi. Les entretiens se ciblent sur la situation clinique de la personne et de ses préoccupations. En fonction de son évolution et de la qualité de la relation entre le patient et les soignants, le consentement émerge progressivement, à des vitesses variables selon la pathologie et finit par s'imposer spontanément. Le CGLPL semble avoir une vision très mécaniste du fonctionnement psychique. Pourquoi pas une check-list, voire des QCM à chaque entretien pour évaluer la progression de l'accessibilité au consentement. La fluctuation du consentement fait partie des problèmes soulevés par des mainlevées décidées par certains juges de la liberté et de la détention qui, lors de l'audience, considère que la personne est en pleine possession de ses moyens et que ses propos assurant de la poursuite des soins en dehors de l'hôpital doivent être pris en considération. La problématique du consentement étant tellement importante qu'elle est le thème des prochaines journées de la Fédération Française de Psychiatrie (initialement prévues en octobre 2020, mais repoussée en 2021 du fait de la pandémie).

67. Des prescriptions si besoin (recommandation 58) sans le consentement du patient ne peuvent que concerner l'urgence, qui comme le disent les juristes « corrompt tout ». Et dans ce cas, elle impose en après-coup une reprise avec le patient, préluant aux « directives anticipées » (Recommandation 61. cf. commentaire recommandation 47).

68. Les programmes d'éducation thérapeutique ou de psychoéducation n'ont pas attendu le CGLPL pour s'instaurer, même si leur développement reste inégal. Ils seront d'autant plus importants qu'ils s'enrichiront des données de la pharmacogénétique (génotypage) permettant une utilisation de la pharmacopée de manière plus méthodique et adaptée à chaque patient.

69. Quant au recueil du consentement avant une sismothérapie (recommandation 59), il serait intéressant d'avoir une comptabilité des situations où il n'est pas requis.

Section 4. Les autorités de contrôle doivent être mises en mesure d'exercer plus efficacement leur mission

Recommandation 62

Le livret d'accueil doit mentionner clairement les compétences et adresses précises des autorités chargées de contrôler le respect des droits des patients.

Recommandation 63

La présence d'un magistrat judiciaire, garant du respect des libertés individuelles, dans la composition des commissions départementales des soins psychiatriques doit être rétablie.

70. Il est certes important que le livret d'accueil comporte de nombreuses informations, mais celles-ci sont de plus en plus nombreuses et en alourdissent un contenu qu'il faut en outre actualiser en permanence.

71. De nombreuses organisations professionnelles ont déploré la suppression des magistrats dans les commissions départementales des soins psychiatriques en 2019. La Fédération Française de Psychiatrie s'est positionnée sans ambiguïtés sur ces questions dans son [communiqué du 22 septembre 2019](#) (Annexe 6) en faisant remarquer que l'État qui exige autant de la psychiatrie pour le respect des droits des patients s'en désintéresse finalement en supprimant les magistrats de la composition des CDSP.

Chapitre 5

Les lois de 2011 et 2013 n'ont pas garanti le respect des droits qu'elles affirmaient

Section 1. La mise en œuvre des procédures exceptionnelles est banalisée

Recommandation 64

Le diagnostic de troubles mentaux avec notion de péril imminent pour la santé nécessite un avis psychiatrique avant la prise de décision de soins sous contrainte. La demande de soins sans consentement selon l'article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique dite de péril imminent doit être révisée afin d'obtenir un avis psychiatrique avant la décision d'admission en soins sans consentement.

72. La procédure de péril imminent est très ambiguë. Dans la loi du 27 juin 1990, la procédure d'urgence dans l'hospitalisation sur demande d'un tiers, le motif était le péril imminent. Avec la loi de 2011, le péril imminent s'est singularisé et les soins sur demande d'un tiers d'urgence ne sont plus le **péril imminent**, mais le **risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne**. La nuance clinique entre les deux est étroite. En fait, il fallait pouvoir hospitaliser une personne en l'absence de tiers, ce que pouvait souhaiter l'entourage du patient qui ne voulait pas aggraver éventuellement leur relation avec leur proche et conserver un lien sans paraître « persécuteur ». L'analyse de l'augmentation des admissions en péril imminent est largement reportée dans la littérature, notamment par [l'Irdes](#)⁹. La place de cette procédure dans les soins sans consentement pourrait être repensée dans la réforme des lois de 2011 et 2013 (cf. recommandation 67) avant de se poser la question d'un avis psychiatrique préalable à la prise de décision. Peut-être faut-il une possibilité de soins sans consentement sans urgence ni péril imminent, mais sans tiers ? N'oublions pas que les contrôles sont importants maintenant, avec de nombreux certificats, émanant de psychiatres différents, avec un contrôle par un magistrat et la présence d'un avocat. Les risques d'internement arbitraire sont rares contrairement à ceux liés à des externements arbitraires par mainlevées pour des vices de procédure « bénins » à l'origine d'une nouvelle pathologie : la **nomogénie** que l'on abordera en conclusion.

Section 2. L'obligation d'informer le patient est subie par les établissements

73. Cette section ne comporte pas de recommandation. Si l'obligation d'information est « subie » par les établissements comme le considère le CGLPL, c'est parce que cette information juridico-administrative n'est pas simple à donner et peut s'avérer changeante. En outre, si les décisions prises par le directeur de l'établissement incombent naturellement à l'hôpital, il serait apprécié que les décisions prises par le préfet soient données par lui ou ses services, censés être plus compétents pour délivrer ces informations, dont celles relatives à Hopsyweb...

⁹ Coldefy M, Fernandes S, D. Lapalus, Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Questions d'économie de la santé, n° 222 — Irdes, février 2017

Section 3. Le contrôle du juge n'a pas trouvé sa plénitude

74. Pas de recommandation non plus pour cette section. Il semble que si le contrôle du juge n'a pas trouvé sa plénitude, il faut encore en incomber la « faute » à la psychiatrie : « *L'information préalable du patient sur sa présentation au juge des libertés et de la détention (JLD) est faite en général avec le même flou ou au contraire avec la même précision que pour le reste de la procédure, selon la connaissance qu'en ont les soignants et le volontarisme de l'établissement hospitalier pour élaborer des outils de suivi* » (p.145). Il appartient aussi aux juges et aux avocats de faire le chemin nécessaire pour que le contrôle trouve sa plénitude. « L'aller vers » ne doit pas être dans un seul sens...

Section 4. Le contrôle du déroulement de la prise en charge ne s'étend ni aux programmes de soins ni aux sorties de courte durée

Recommandation 65

La loi doit expressément prévoir la possibilité de contester devant le juge les refus de sortie de courte durée opposés par les préfets.

Recommandation 66

La compétence du juge des libertés et de la détention doit être étendue aux mesures de programme de soins ; ces mesures doivent lui être systématiquement soumises à une fréquence suffisante et au moins annuelle.

75. La recommandation 65 ne peut que rencontrer l'assentiment des professionnels. Les blocages peuvent être tellement importants qu'aucun projet thérapeutique ne peut être mis en place. Les impasses peuvent entraîner une telle désespérance chez certains patients que des cas dramatiques ont été relevés (un cas de nomogénie).

76. Puisque la mesure de programmes de soins est partie intégrante d'une mesure de soins sans consentement, il paraît opportun, si cette mesure était maintenue dans une éventuelle réforme, que le contrôle du juge soit assuré, tout en prévoyant une procédure adaptée aux conditions du programme de soins, notamment la notification des décisions et les délais pour établir les certificats, actuellement trop serrés.

77. Les recommandations 65 et 66 sont à mettre en relation avec la dernière recommandation (67)

Section 5. Les difficultés d'application de la loi, qui n'atteint pas ses objectifs, appellent sa refonte complète

Recommandation 67

Les difficultés d'application des lois n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et n° 2013-869 du 27 septembre 2013 ainsi que leur dévoiement, qui montrent leur inadaptation à la situation réelle de la psychiatrie et au respect des droits des patients, appellent à une refonte de ce dispositif législatif.

78. De nombreuses organisations professionnelles se sont déjà exprimées pour demander une révision des lois de 2011 et 2013 dont la complexité s'accorde mal avec la réalité de la clinique psychiatrique et les moyens alloués à la psychiatrie et à la Justice. Aucun moyen supplémentaire n'a été attribué en 2011 pour appliquer la loi et si les procédures devaient s'alourdir pour le contrôle de l'isolement et de la contention, la crise que connaît la psychiatrie ne pourrait que s'aggraver. Le CGLPL et les professionnels de la psychiatrie peuvent être d'accord sur le principe d'une refonte du dispositif législatif, mais il n'est pas certain qu'ils se retrouvent sur le contenu.

79. On peut malheureusement redouter que la précipitation qui entoure la réforme de l'article 3222-5-1 sur l'isolement et la contention ne permette pas une refonte complète de cette loi en prenant alors en considération les droits fondamentaux dans leur ensemble et non de manière restrictive : liberté d'aller et venir et protection de la santé ont une égale importance.

DISCUSSION

80. Le regard exclusivement à charge du CGLPL, comme on a pu le voir, est particulièrement sévère sur la psychiatrie hospitalière et notamment sur la composante minime de son activité relative aux soins sans consentement. L'absence de réactions de la part de la profession est probablement à mettre sur le compte de sa tolérance vis-à-vis de propos excessifs et souvent déconnectés de la réalité. Toutefois, la mission thérapeutique de la psychiatrie impose d'amener des correctifs à l'excessivité de ce positionnement. Rappelons également que la plus grande partie de l'activité de la psychiatrie publique est consacrée aux soins libres et en ambulatoire : 2,2 millions de personnes s'adressent à la psychiatrie publique pour des soins dont environ 90 000 en soins sans consentement. La présente discussion porte sur les soins sans consentement, l'isolement et la contention et une pathologie spécifique : la **nomogénie**.

Section 1. Les soins sans consentement

81. Plus personne ne conteste maintenant sérieusement le principe du contrôle judiciaire des soins sans consentement acquis avec la réforme de 2011. En revanche, la complexité de la loi ouvre à de nombreuses critiques. Les motifs de mainlevées dépassent la centaine et pour des raisons très procédurales qui prennent le pas sur la protection de la santé des personnes concernées.

82. Ces biais procéduraux, qu'il n'est pas possible de détailler ici, conduisent à des mainlevées de deux types : soit immédiate ; soit avec un différé de 24 h en attendant d'établir un programme de soins.

83. Les mainlevées immédiates, sèches, obligent à prononcer la sortie de l'hôpital, conformément à l'obligation d'exécuter une décision de justice, sans prendre en compte l'état de santé de la personne. Par exemple, mais c'est un exemple parmi des centaines d'autres, un délai trop important entre l'arrivée effective d'un patient à l'hôpital et la prise de décision par la direction entraîne une mainlevée (cf. Annexe 7 avec l'exposé de quelques situations).

84. Les mainlevées avec un différé de 24 h pour élaborer, le cas échéant, un programme de soins représentent en soi un paradoxe. Les psychiatres ont préconisé le maintien des soins en hospitalisation, car l'état de santé non stabilisé nécessite de les poursuivre ainsi et non en ambulatoire. La décision du magistrat conduit les médecins à soigner autrement selon « prescription » judiciaire. Soit les médecins ne font pas de programmes de soin, considérant qu'ils ne peuvent pas soigner la personne selon cette modalité et ils n'établissent pas de programmes de soin, au risque de mettre le patient en rupture de soins. ; soit ils prescrivent un soin, mais sans être certain de pouvoir l'assurer et en-dehors des conditions suffisantes pour pouvoir l'assurer en toute sécurité et avec efficacité. En cas de problèmes, la recherche de responsabilité se portera sur le médecin et pas sur le magistrat. La psychiatrie fait l'objet d'un traitement différencié du reste de la médecine. Imagine-t-on un magistrat déclarant l'arrêt

immédiat de l'intervention chirurgicale au bloc pour la poursuivre, le cas échéant, à domicile ou en consultation externe ?

85. Les programmes de soins, que de nombreux praticiens délaissent progressivement du fait de leur complexité, qui peuvent néanmoins trouver une bonne indication dans des cas bien précis, bien analysés, représentent une contrainte dans la vie personnelle et s'étendant sur plusieurs années, surtout quand ils accompagnent une mesure de soins sur décision du représentant de l'État qui peut même se montrer prescripteur (cf. Annexe 7).

86. Les lois de 2011 et 2013 ont été élaborées dans la précipitation. Leurs complexités amènent des surcharges de travail sans moyens affectés aussi bien à la psychiatrie et à la Justice. Malgré ce surcroît de charges, les soins sans consentement n'ont pas diminué. Les contraintes ont même augmenté avec le temps et celles imposées pour encadrer l'isolement et la contention vont dans le même sens, sans que pour autant isolement et contention aient diminué. Il faudra bien s'interroger sur l'entêtement de la réalité clinique

Section 2. L'isolement et la contention

87. L'isolement et la contention seraient des symptômes de l'idéologie coercitive de la psychiatrie et en représenteraient l'expression la plus féroce. Elle fait partie des enjeux politiques qui se discutent au sein de l'ONU et du Conseil de l'Europe (cf. Mémoire de la FFP sur les soins sans consentement cité supra).

88. L'encadrement législatif de l'isolement et de la contention remonte à la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Dans le projet de loi, l'isolement et la contention n'apparaissent pas. Cette question a été introduite par un amendement de députés pour faite pour donner suite à un intense lobbying émanant de psychiatres eux-mêmes.

89. Rappelons les points essentiels de l'article L3222-5-1 que le Conseil constitutionnel vient d'invalider.

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours pour prévenir un dommage immédiat ou imminent (quelle différence entre les deux termes ?) pour le patient ou pour autrui. La notion de dernier recours est très critiquable : « *Affirmer par exemple que l'isolement ou la contention sont des pratiques de « dernier recours » ne dit rien des éléments qui permettent de caractériser une situation de dernier recours* »¹⁰. Elle ne peut être avancée que par des personnes n'ayant jamais assisté à un crise clastique. Espérer que dans une telle situation, on puisse lancer un « Grenelle de la désescalade » est bien naïf...

Ces mesures doivent avoir une durée limitée et sont **décidées** par le psychiatre.

Ces mesures bénéficient d'une surveillance stricte

¹⁰ Véron P. Le juge et l'usage de la contrainte dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. In Velpry L, Vidal-Naquet P-A, Eyraud B. *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Presses universitaires de Rennes, 2018.

Un registre doit les compiler. Dans les différentes versions de l'article, un décret en Conseil d'État devait en préciser le contenu, mais la version finale et la loi a supprimé cette exigence et la tenue d'un registre devait être immédiate, mettant les établissements de santé en grande difficulté technique pour l'élaborer.

Un rapport sur la politique d'isolement et de contention doit être établi annuellement par l'établissement de santé.

90. Parmi les débats qui ont entouré cet article, celui autour de l'adoption du mot décision au lieu de prescription a fait couler beaucoup d'encre et la question reste d'actualité. Pendant les débats parlementaires, l'hésitation a été importante. Les opposants à l'isolement et à la contention, prenant que ces mesures ne sont pas thérapeutiques ne doivent pas être considérées comme de prescriptions, mais comme des décisions. Cette option devait avoir comme double conséquence de qualifier ces mesures décidées comme des actes administratifs pouvant être contestés et d'en réduire le nombre. Le CGLPL a fait rapidement état du nouveau statut juridique dans son premier rapport thématique de 2016 « [Isolement et contention dans les établissements de santé mentale](#) » : « *En qualifiant de « décision » et non de « prescription » l les mesures d'isolement et de contention, ces dispositions changent singulièrement leur statut médical et juridique : elles ne bénéficient plus du caractère présumé soignant qui s'attache à une prescription médicale. Jusqu'alors la jurisprudence administrative n'a eu l'occasion de statuer que sur la question de la réparation due à un patient du fait des conditions de placement en chambre d'isolement. Désormais il est possible de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif* » (p.67). On notera incidemment en cette fin de citation que le CGLPL pose la question de la qualité du juge pouvant contrôler ces mesures : **juge administratif ou juge judiciaire ?**

91. Revenir sur les débats parlementaires traitant du distinguo décision/prescription est particulièrement intéressant. On remarquera tout particulièrement le positionnement poncepilatesque de Marisol Touraine, la ministre de la Santé : « *Il s'agit d'une question sémantique que, pour être honnête, je ne me sens pas à même de trancher, monsieur le député ! Vous proposez de remplacer le mot « décision » par le mot « prescription ». Il est vrai que le premier figure dans la littérature internationale, alors qu'en France on utilise plutôt le mot de « prescription ». Cependant la référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé n'est pas de niveau législatif. Faut-il que, dans le cadre de l'examen de ce projet de loi, nous tranchions une question qui relève en réalité d'une décision de la Haute Autorité de santé et des pratiques médicales ? Je n'en suis pas certaine.*

Je vous demanderai par conséquent de retirer votre amendement ; à défaut, je m'en remettrai à l'avis de la commission. Il me semble en effet difficile d'avoir une opinion tranchée sur la question en termes politiques ». ([Assemblée nationale. Deuxième séance du mercredi 8 avril 2015](#)).

92. La Haute Autorité de santé a émis des recommandations de bonne pratique en 2017 qui sont juridiquement considérées comme du « droit mou », le soft law. La HAS dans sa démarche méthodologique a établi une gradation des recommandations avec trois niveaux de preuve et un accord d'experts en l'absence d'étude suffisante (cf. Tableau ci-dessous). Dans son document exposant la méthode de Recommandations pour la pratique clinique relative à l'isolement et la contention en psychiatrie générale (2017), la HAS précise : « **Gradation des recommandations.** *Les données de la littérature identifiées dans le cadre de ce travail (absence d'étude ou*

insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après consultation des parties prenantes. Certaines recommandations sont issues du travail HAS « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. » (p.61).

Tableau 1. Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

93. La HAS n'a pu établir un grade selon sa nomenclature, donc même pas un accord d'experts, mais uniquement un accord au sein du groupe de travail et c'est au nom de cet accord qu'un glissement risque de s'opérer pour transposer du soft law dans du droit dur, dans une loi, sans preuve scientifique. Sur ce point, le positionnement de Marisol Touraine cité supra confirme qu'il existe un problème juridique puisque « la référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé n'est pas de niveau législatif ».

94. La psychiatrie a l'ambition d'une méthodologie rigoureuse et de refuse de s'égarer dans des démarches aventureuses et imprécises comme a pu le montrer certains somaticiens à propos de traitements médicamenteux dans la pandémie Covid-19 et qui a dégradé malheureusement l'image de sérieux de la médecine....

95. Le Conseil constitutionnel annule l'article L3222-5-1, car la loi ne prévoit pas une limite à la durée d'une mesure d'isolement et de contention : « *En revanche, la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible. Or, si le législateur a prévu que le recours à isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles, au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Le Conseil constitutionnel en déduit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution* ».

96. Pour répondre à la demande de durée limitée, les travaux en cours engagés par le ministère des Solidarités et de la Santé (DGOS) dans la précipitation due au délai fixé par le Conseil constitutionnel pour réformer la loi au plus tard le 31 décembre 2020 s'appuient sur les recommandations de la HAS dont on voit la faiblesse scientifique et qui ont mis les hôpitaux en difficulté pour les appliquer, voire s'en approcher.

97.

98. La question de la possibilité d'un isolement et d'une contention en soins libres est actuellement une possibilité, mais uniquement le temps d'instaurer la mesure de soins sans consentement. Cette possibilité semble aussi être remise en question au cours de certaines discussions préliminaires. Ce point mériterait un développement à lui seul, mais n'est guère possible dans le contexte de la rédaction de ce document. Il convient toutefois de préciser qu'il s'agit d'une nécessité dans un monde idéal. Une mesure d'isolement ou de contention survient souvent dans l'urgence. Mettre en place une mesure de soins sans consentement dans des zones rurales avec pénurie de médecins est une gageure. Sans médecin extérieur à l'hôpital, sans possibilité de contacter un tiers (le vendredi par exemple ; mandataire judiciaire injoignable), il faut parfois trois jours avant d'instaurer la mesure.

99. La psychiatrie est une discipline médicale qui est coutumière de voir sa pratique infléchie par la loi, sans concertation avec la discipline. La loi de rétention de sûreté de 2008 en est un bon exemple puisqu'elle place le psychiatre dans une situation qu'il n'a pas demandée, et qui n'a pas fait l'objet d'une réflexion scientifique en lui demandant d'évaluer les personnes qui présentent une « particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité ». La loi autorise également le médecin traitant (en pratique, un psychiatre) pour prescrire un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido (mais avec le consentement de l'intéressé). Il est rare que le législateur soit aussi précis pour « prescrire » un traitement. La psychiatrie a ce privilège... Une forme d'engagement collectif à la fameuse « déstigmatisation » de la psychiatrie !

100. Avant la loi de 2016, l'isolement et la contention étaient prescrits. Si une loi ne peut être votée avant le 31 décembre 2020, aucune disposition n'encadrera l'isolement et la contention qui reviendront dans « le droit commun » de la médecine, c'est-à-dire une **prescription** nécessaire, adoptée et proportionnée à l'état de santé de la personne en application du principe constitutionnel de **protection de la santé** qui est un devoir médical. Aucune réglementation ne fixe la restriction de la liberté d'aller et venir d'un patient en réanimation sous coma artificiel, intubé et ventilé ou celui sous anesthésie pendant une intervention chirurgicale.

101. Si l'on veut vraiment politiquement déstigmatiser la psychiatrie, il ne faut pas lui appliquer plus de « lois d'exception » que malheureusement la pathologie mentale nécessite du fait de l'atteinte aux fonctions supérieures qui permettent de donner son consentement, fondement de l'accord entre le patient et le médecin pour engager des soins.

102. Travailler à des dispositions, qui risquent d'ailleurs d'être un cavalier législatif en étant inséré dans un texte sans rapport avec le sujet de fond, dont on ne peut exclure qu'il pourrait de ce fait être invalidé par le Conseil constitutionnel, sans un large débat avec la profession ouverte à des conflits qui peuvent être importants.

Section 3. Nomogénie et nomovigilance

103. La médecine sait porter un regard sur elle-même afin d'améliorer sa pratique et optimiser ses performances thérapeutiques. La iatrogénie ne fait pas l'objet d'un déni. Des maladies nosocomiales aux effets indésirables des médicaments, la médecine a mis en place des dispositifs pour y remédier, comme la pharmacovigilance.

104. La Justice, le Droit devrait en faire de même. Dans un premier temps, il faut identifier l'existence de la **nomogénie** (nomos : loi), ou ce qui est provoqué par la loi et entraîne des effets indésirables. Une nomovigilance devrait être un des outils correctifs.

105. La nomogénie est principalement due à un déséquilibre entre les deux principes constitutionnels de la **liberté d'aller et venir** et de **protection de la santé** à l'avantage du premier. Quand des mainlevées pour des motifs « futiles » (cf. annexe 7), peuvent mettre en danger le patient pour lui-même ou autrui, quel est le « grief substantiel ». Des avocats considèrent avoir un mandat implicite qui les conduit à obtenir la levée de la mesure sans tenir compte de l'état de santé de la personne.

106. Faire le recueil de la nomogénie et des signalements de nomovigilance peut être une des missions attribuées à un observatoire des soins sans consentement composé de membres d'origine diversifiée (professionnels du soi, du droit, usagers, etc.).

Conclusion

107. On l'aura assez répété : le regard du Contrôle général des lieux de privation de liberté est particulièrement sévère. C'est un réquisitoire désobligeant, conduisant n'importe quel lecteur censé se demander pourquoi l'État laisse perdurer une mission de service public aussi défailante, mais qu'il convenait de ne pas laisser passer sans réagir.

108. Le CGLPL dispose d'une « force de frappe » qui manque à la profession : attention des médias, possibilité de publier des avis au Journal officiel, toute une équipe consacrée au contrôle des lieux de privation de liberté.

109. La place du CGLPL n'est pas contestable dans un État de droit comme la France. Le [communiqué de presse du 25 août 2020](#) interrogeant sur l'absence de nomination d'un remplacement d'Adeline Hazan montre toute l'importance que la Fédération Française de Psychiatrie attribue à cette fonction qui peut contribuer à améliorer le dispositif psychiatrique (et pénitentiaire) et à en souligner les dérives quand elles existent et qui ne peuvent que subvenir dans toute activité humaine.

110. Toutefois, le mandat d'Adeline Hazan a pu paraître ne pas percevoir toute la complexité de l'exercice de la psychiatrie en marquant un déséquilibre dans la promotion des droits fondamentaux, privilégiant la liberté d'aller et venir au détriment de la protection de la santé, insistant sur la rigueur des modalités d'information données aux patients plus formelles qu'opérationnelles du fait de la violence que la pathologie mentale peut exercer sur la psyché de tout être humain.

111. On peut d'ailleurs regretter le peu de représentation des psychiatres ou d'autres soignants psychiatriques dans l'équipe du CGLPL. Certaines visites de contrôle peuvent se tenir sans psychiatres et orientent une lecture dénuée de connaissances de la pathologie psychiatrique.

112. Le prochain mandat du ou de la Contrôleur(e) général des lieux de privations sera suivi attentivement pour voir s'il est exercé en assurant un légitime équilibre entre liberté d'aller et venir et protection de la santé.

113. Si le principe d'une réforme des lois régissant la psychiatrie peut être partagé par le CGLPL et certaines composantes de la profession (mais pas toutes), la question posée par l'annulation de dispositions sur l'isolement et la contention par le Conseil constitutionnel devrait enfin conduire à un débat large sur la place de la psychiatrie et son organisation dans notre société. **Il serait notamment particulièrement inquiétant que le nouvel article qui doit remplacer celui censuré par le Conseil constitutionnel s'appuie uniquement sur les recommandations de la HAS dénuées de tout niveau de preuves valable.**

114. Un espoir avait été porté par la création en 2017 d'un comité de pilotage de la psychiatrie, assez actif initialement, mais qui aurait demandé à avoir une structuration plus

définie, une méthode de travail précisé et une mission clarifiée afin de pouvoir faire de propositions opérationnelles et lisibles. Tel n'est pas le cas. La pandémie a pu aussi contribuer à suspendre les travaux en cours et le « Ségur » n'a rien donné, alors que certains chantiers lancés peuvent orienter la psychiatrie pour des décennies, ou la figer, comme les réformes de son financement et des autorisations d'activité.

115. La présente analyse des soixante-sept recommandations du Contrôle général des lieux de privation de liberté ne rencontrera évidemment pas un consensus, mais l'intention est de contribuer à un débat important sans faux-fuyants.

116. Quelles orientations pourraient être prises rapidement pour ne pas désespérer une profession en crise depuis longtemps avant que les élections présidentielles ne laissent plus la place qu'à des préoccupations électoralistes ?

BIBLIOGRAPHIE

Assemblée nationale. Rapport d'information n° 1662, *Santé mentale : quand la démocratie soigne* (titre rapport imprimé) ou *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* (titre site Assemblée nationale), président : Jean-Pierre Barbier, rapporteur Denys Robiliard, décembre 2013, <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>, consulté le 14/08/2020.

Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) et Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Observations concernant le projet de protocole additionnel à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires, 2018, https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2019/05/2018-Observations-protocole-Oviedo-CNCDH_CGLPL.pdf, consulté le 16/08/2020.

Conseil constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 concernant des dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement, lien stable de décision : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2012/2012235QPC.htm>, consulté le 14/08/2020.

Conseil constitutionnel. Décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, relative à la loi prolongeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, lien stable de décision : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2020/2020800DC.htm>, consulté le 14/08/2020.

Conseil constitutionnel. Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020 relative au contrôle des mesures d'isolement ou de contention dans le cadre de soins psychiatriques, lien stable de décision : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2020/2020844QPC.htm>, consulté le 14/08/2020.

Conseil de l'Europe. Bioéthique. [Projet de protocole additionnel à la Convention d'Oviedo relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaire](#), consulté le 15/08/2020.

Conseil de l'Europe. Assemblée parlementaire. Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable. Rapport : *Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains*, rapporteure : Reina de Bruijn-Wezeman, Doc. 14 895, 22 mai 2019, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-FR.asp?FileID=27701&lang=FR>, consulté le 14/08/2020.

Conseil de l'Europe. Assemblée parlementaire. Recommandation 2091 (2016). *Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie*. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=22757&lang=FR>, consulté le 14/08/2020.

Contrôleur général des lieux de privation de libertés. *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz, 2016, https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

Contrôleur général des lieux de privation de libertés. *Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale*, Dalloz, 2017, https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-th%C3%A9matique-mineurs-hospitalis%C3%A9s_version-web.pdf

Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Soins sans consentement et droits fondamentaux*. Éditions Dalloz, mars 2020, https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux_web.pdf, consulté le 14/08/2020.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté*. Journal officiel de la République Française, 4 juin 2020, NOR : CPLX2009511X, <https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2020/06/Recommandations-minimales-du-CGLPL-JO.pdf>, consulté le 14/08/2020.

David M. La psychiatrie sous contraintes. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 (7) : 535-42 doi:10.1684/ipe.2017.1667.

Formet M, Martin M et Rueda S. Le consentement à l'épreuve de nouvelles problématiques, *ADSP*, n° 105 décembre 2018.

Goodings P et al. *Alternative to coercion in mental health settings: a literature review*. Melbourne Society Equity Institute, 214 p, 2018, https://socialequity.unimelb.edu.au/data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf, consulté le 14/08/2020.

Ministère de la Justice et ministère des Solidarités et de la Santé. *Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale*. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° 201810028142 relative à la publication du [guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale](#), NOR : JUSK1821900J, 17 juillet 2018.

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, NOR : AFSH1710003J.

L'Information psychiatrique. Numéro consacré à *Contraintes et libertés en psychiatrie*, vol. 93, n° 7, août-septembre 2017.

L'Information psychiatrique. Numéros spéciaux sur *le programme de soins en psychiatrie*, vol 96 n° 1, janvier 2020 et vol. 96, n° 3 mars 2020

Odier B. Réduire disent-ils. L'Information psychiatrique 2017 ; 93 (7) : 593-6
doi:10.1684/ipe.2017.1677

[Santé mentale, Directives anticipées en psychiatrie, n° 245, février 2020.](#)

Velpry L, Vidal-Naquet P-A, Eyraud B. *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Presses universitaires de Rennes, 2018.

ANNEXE 1

Article L3222-5-1

Créé par [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 — art. 72](#)

Déclaré contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel (19 juin 2020)

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article [L. 3222-1](#). Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article [L. 1112-3](#) et au conseil de surveillance prévu à l'article [L. 6143-1](#).

NOTA :

Par une décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'abrogation de ces dispositions est toutefois reportée au 31 décembre 2020.

ANNEXE 2

Les différentes modalités du consentement Avis n° 130 du Comité Consultatif National d'Éthique

Dès lors, d'autres modes de consentement sont discutés dans le contexte de la recherche :

- Une possibilité est celle du **consentement large** (ou broad consent), qui ne précise pas une finalité précise, mais seulement un champ d'applications, qui peuvent être variées. Les participants peuvent consentir à l'utilisation de leurs données par une bio-banque, interlocuteur qui, en retour, garantit une sécurité et un contrôle des accès via un comité de gouvernance (voir à cet égard, l'organisation du type de consentement de la UK Biobank) ;
- Un second mode est celui du **consentement à options**, la personne pouvant sélectionner les domaines de recherche pour lesquels elle autorise l'utilisation de ses données (par exemple : recherche cardio-vasculaire, mais pas recherche sur le cancer, ou consentement pour l'utilisation des données génétiques distinct de celui accepté pour les données biologiques classiques) ;
- Le **consentement dynamique** (souvent lié au consentement large) tire parti des technologies numériques ; les titulaires des données sont considérés comme des participants à la recherche. Ils modifient ou actualisent leur consentement en fonction des nouvelles finalités dont ils sont informés via un site dédié assurant ces échanges d'informations ;
- Une autre modalité est le **consentement présumé** (opt-out) dans lequel les données peuvent être utilisées, sauf en cas de refus, et c'est le refus (et non l'approbation) qui est signifié par la personne.

ANNEXE 3

Considérant 12 de la décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012

12. Considérant qu'il résulte de ces dispositions qu'en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en « hospitalisation complète » soient soumises à une **obligation de soins** psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 **n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte** ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévu par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ; que, dans ces conditions, le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait ;

ANNEXE 4

Code de la santé publique : modalités d'isolement Covid-19

Article L3131-15 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n° 2020-856 du 9 juillet 2020 — art. 1 \(V\)](#)

I. — Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique :

1° Réglementer ou interdire la circulation des personnes et des véhicules et réglementer l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage ;

2° Interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé ;

3° Ordonner des mesures ayant pour objet la mise en quarantaine, au sens de l'article 1er du règlement sanitaire international de 2005, des personnes susceptibles d'être affectées ;

4° Ordonner des mesures de placement et de maintien en isolement, au sens du même article 1er, à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté, des personnes affectées ;

5° Ordonner la fermeture provisoire et réglementer l'ouverture, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion, en garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ;

6° Limiter ou interdire les rassemblements sur la voie publique ainsi que les réunions de toute nature ;

7° Ordonner la réquisition de toute personne et de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le [code de la défense](#) ;

8° Prendre des mesures temporaires de contrôle des prix de certains produits rendues nécessaires pour prévenir ou corriger les tensions constatées sur le marché de certains produits ; le Conseil national de la consommation est informé des mesures prises en ce sens ;

9° En tant que de besoin, prendre toute mesure permettant la mise à la disposition des patients de médicaments appropriés pour l'éradication de la catastrophe sanitaire ;

10° En tant que de besoin, prendre par décret toute autre mesure réglementaire limitant la

liberté d'entreprendre, dans la seule finalité de mettre fin à la catastrophe sanitaire mentionnée à l'article [L. 3131-12](#) du présent code.

II. — Les mesures prévues aux 3° et 4° du I du présent article ayant pour objet la mise en quarantaine, le placement et le maintien en isolement ne peuvent viser que les personnes qui, ayant séjourné au cours du mois précédent dans une zone de circulation de l'infection, entrent sur le territoire hexagonal, arrivent en Corse ou dans l'une des collectivités mentionnées à l'article 72-3 de la Constitution. La liste des zones de circulation de l'infection est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Elle fait l'objet d'une information publique régulière pendant toute la durée de l'état d'urgence sanitaire.

Aux seules fins d'assurer la mise en œuvre des mesures mentionnées au premier alinéa du présent II, les entreprises de transport ferroviaire, maritime ou aérien communiquent au représentant de l'État dans le département qui en fait la demande les données relatives aux passagers concernant les déplacements mentionnés au même premier alinéa, dans les conditions prévues à l'[article L. 232-4 du code de la sécurité intérieure](#).

Les mesures de mise en quarantaine, de placement et de maintien en isolement peuvent se dérouler, au choix des personnes qui en font l'objet, à leur domicile ou dans les lieux d'hébergement adapté.

Leur durée initiale ne peut excéder quatorze jours. Les mesures peuvent être renouvelées, dans les conditions prévues au III de l'article L. 3131-17 du présent code, dans la limite d'une durée maximale d'un mois. Il est mis fin aux mesures de placement et de maintien en isolement avant leur terme lorsque l'état de santé de l'intéressé le permet.

Dans le cadre des mesures de mise en quarantaine, de placement et de maintien en isolement, il peut être fait obligation à la personne qui en fait l'objet de :

1° Ne pas sortir de son domicile ou du lieu d'hébergement où elle exécute la mesure, sous réserve des déplacements qui lui sont spécifiquement autorisés par l'autorité administrative. Dans le cas où un isolement complet de la personne est prononcé, il lui est garanti un accès aux biens et services de première nécessité ainsi qu'à des moyens de communication téléphonique et électronique lui permettant de communiquer librement avec l'extérieur ;

2° Ne pas fréquenter certains lieux ou catégories de lieux.

Les personnes et enfants victimes des violences mentionnées à l'[article 515-9 du Code civil](#) ne peuvent être mis en quarantaine, placés et maintenus en isolement dans le même logement ou lieu d'hébergement que l'auteur des violences, ou être amenés à cohabiter lorsque celui-ci est mis en quarantaine, placé ou maintenu en isolement, y compris si les violences sont alléguées. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'éviction de l'auteur des violences du logement conjugal ou dans l'attente d'une décision judiciaire statuant sur les faits de violence allégués et, le cas échéant, prévoyant cette éviction, il est assuré leur relogement dans un lieu d'hébergement adapté. Lorsqu'une décision de mise en quarantaine, de placement et de

maintien en isolement est susceptible de mettre en danger une ou plusieurs personnes, le préfet en informe sans délai le procureur de la République.

Les conditions d'application du présent II sont fixées par le décret prévu au premier alinéa du I, en fonction de la nature et des modes de propagation du virus, après avis du comité de scientifiques mentionné à l'article L. 3131-19. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles sont assurés l'information régulière de la personne qui fait l'objet de ces mesures, la poursuite de la vie familiale, la prise en compte de la situation des mineurs, le suivi médical qui accompagne ces mesures et les caractéristiques des lieux d'hébergement.

III. — Les mesures prescrites en application du présent article sont strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il y est mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

NOTA :

Conformément à l'article 7 de la loi 2020-290 du 24 mars 2020 : Le chapitre Ier bis du titre III du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique est applicable jusqu'au 1er avril 2021.

Conformément à l'article 1, IX, B de la loi 2020-856 du 9 juillet 2020 : Le présent IX n'est pas applicable aux personnes en provenance de l'une des collectivités mentionnées à l'article 72-3 de la Constitution qui n'est pas mentionnée dans la liste des zones de circulation de l'infection mentionnée au II de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique.

Article L3131-17 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [LOI n° 2020-546 du 11 mai 2020 — art. 5](#)

I. — Lorsque le Premier ministre ou le ministre chargé de la santé prennent des mesures mentionnées aux articles L. 3131-15 et [L. 3131-16](#), ils peuvent habilitier le représentant de l'État territorialement compétent à prendre toutes les mesures générales ou individuelles d'application de ces dispositions.

Lorsque les mesures prévues aux 1°, 2° et 5° à 9° du I de l'article L. 3131-15 et à l'article L. 3131-16 doivent s'appliquer dans un champ géographique qui n'excède pas le territoire d'un département, les autorités mentionnées aux mêmes articles L. 3131-15 et L. 3131-16 peuvent habilitier le représentant de l'État dans le département à les décider lui-même. Les décisions sont prises par ce dernier après avis du directeur général de l'agence régionale de santé.

II. — **Les mesures individuelles ayant pour objet la mise en quarantaine et les mesures de placement et de maintien en isolement sont prononcées par décision individuelle motivée du représentant de l'État** dans le département sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé. Cette décision mentionne les voies et délais de recours ainsi que les modalités de saisine du juge des libertés et de la détention.

Le placement et le maintien en isolement sont subordonnés à la constatation médicale de l'infection de la personne concernée. Ils sont prononcés par le représentant de l'État

dans le département au vu d'un certificat médical.

Les mesures mentionnées au premier alinéa du présent II peuvent à tout moment faire l'objet d'un recours par la personne qui en fait l'objet devant le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe le lieu de sa quarantaine ou de son isolement, en vue de la mainlevée de la mesure. Le juge des libertés et de la détention peut également être saisi par le procureur de la République territorialement compétent ou se saisir d'office à tout moment. Il statue dans un délai de soixante-douze heures par une ordonnance motivée immédiatement exécutoire.

Les mesures mentionnées au même premier alinéa ne peuvent être prolongées au-delà d'un délai de quatorze jours qu'après avis médical établissant la nécessité de cette prolongation.

Lorsque la mesure interdit toute sortie de l'intéressé hors du lieu où la quarantaine ou l'isolement se déroule, elle ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de quatorze jours sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le représentant de l'État dans le département, ait autorisé cette prolongation.

Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II. Ce décret définit les modalités de la transmission au préfet du certificat médical prévu au deuxième alinéa du présent II. Il précise également les conditions d'information régulière de la personne qui fait l'objet de ces mesures.

III. — Les mesures générales et individuelles édictées par le représentant de l'État dans le département en application du présent article sont strictement nécessaires et proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Les mesures individuelles font l'objet d'une information sans délai du procureur de la République territorialement compétent.

NOTA :

Conformément à l'article 7 de la loi 2020-290 du 24 mars 2020 : Le chapitre Ier bis du titre III du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique est applicable jusqu'au 1er avril 2021.

Dans sa décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution le II de l'article L. 3131-17, dans sa rédaction issue de l'article 5 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 *prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions*, sous la réserve énoncée au paragraphe 43 de la décision ainsi rédigée : (...) ces dispositions ne sauraient, sans méconnaître les exigences de l'article 66 de la Constitution, permettre la prolongation des mesures de mise en quarantaine ou de placement en isolement imposant à l'intéressé de demeurer à son domicile ou dans son lieu d'hébergement pendant une plage horaire de plus de douze heures par jour sans l'autorisation du juge judiciaire.

ANNEXE 5

Article 17 relatif à l'isolement et à la contention

du projet de protocole additionnel à la Convention sur les Droits de l'homme et la biomédecine relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux à l'égard du placement et du traitement involontaires

1. Le recours à l'isolement ou à la contention ne doit intervenir qu'afin de prévenir tout dommage grave et imminent pour la personne concernée ou pour autrui. L'isolement et la contention doivent toujours avoir lieu dans un environnement approprié. Conformément au principe de proportionnalité et de nécessité, l'isolement et la contention ne doivent être utilisés qu'en dernier recours et pour une durée limitée à sa stricte nécessité.
2. Tout recours à l'isolement ou à la contention doit être expressément ordonné par un médecin ou immédiatement porté à l'attention d'un médecin afin d'obtenir son autorisation. La nature et les raisons de tout recours à l'isolement ou à la contention, et la durée de l'application de ces mesures doivent être consignées dans le dossier médical de la personne, ainsi que spécifiquement enregistrées.
3. Les personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique doivent bénéficier d'une surveillance continue par un membre du personnel ayant une formation appropriée.
4. Tout recours à l'isolement et à la contention peut être soumis aux procédures de plainte prévues à l'article 22.

ANNEXE 6

Communiqué de presse de la FFP sur la disparition des magistrats dans les CDSP



COMMUNIQUE DE PRESSE
22 septembre 2019

SUR LA DISPARITION DES MAGISTRATS DANS LES COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES

La Fédération Française de Psychiatrie découvre avec stupéfaction la suppression des magistrats dans les Commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) actée dans la loi n° 2019-222 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la Justice.

La Fédération Française de psychiatrie constate que :

- Les pouvoirs publics se complaisent à s'afficher comme des défenseurs des droits des usagers, mais sont les promoteurs en catimini de dispositions qui les dénie ;
- L'exécutif peut déclarer vouloir associer la société civile à ses décisions, mais agit en sens contraire ;
- Renoncer aux magistrats dans les CDSP illustre bien l'absence de considération par les pouvoirs publics de la psychiatrie, de ses usagers et de ses professionnels.

La Fédération Française de Psychiatrie conçoit que l'interrogation sur l'utilité des CDSP aux fonctionnements très disparates selon les régions, par manque de moyens et d'investissement, pouvait être posée dans le débat public du fait de l'introduction du juge des libertés et de la détention depuis 2011, mais il est un déni de démocratie que d'en décider la mort lente par petites touches et au décours d'un amendement.

La Fédération Française de Psychiatrie reconnaît l'importance de la place des usagers et de leur famille dans les CDSP qui permettait un débat constructif lors des visites des CDSP et l'expression des personnes hospitalisées.

La Fédération Française de Psychiatrie ne peut accepter que la suppression des magistrats dans les CDSP soit prise pour des raisons d'économie. Les CDSP ne peuvent être considérées comme une mission annexe des magistrats. Les CDSP ont pour mission de veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité de personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et qui sont privées temporairement ou limitées dans leur liberté d'aller et venir pour protéger leur santé. Les pouvoirs publics considèrent-ils que les deux principes constitutionnels que sont la liberté d'aller et venir et la protection de la santé sont des principes mineurs dans un État de droit ?

La Fédération Française de Psychiatrie s'associe au communiqué du 3 septembre 2019 signé de l'UNAFAM, d'ADVOCACY France, de la FNAPSY et d'ARGOS 2001 qui dénonce cet état de fait.

La Fédération Française de Psychiatrie attend des pouvoirs publics le courage d'assumer et d'argumenter leurs décisions et d'y remédier.

ANNEXE 7

Analyse de cas : soins sans consentement

La présente annexe expose quelques cas parmi les innombrables chausse-trappes rencontrées par la réglementation relative aux soins sans consentement. Elle est susceptible d'enrichissement par des témoignages de professionnels. Recenser ces situations pourrait être une des missions de l'observatoire des soins sans consentement dans la perspective d'améliorer le dispositif.

Préfet prescripteur

Le psychiatre modifie le programme de soins en prescrivant une visite à domicile infirmière par mois au lieu de toutes les semaines. Le préfet refuse en arguant que les visites à domicile infirmière assurent une fonction d'ordre public et de sûreté générale.

Chronologie des certificats initiaux

Pour la procédure « normale » de soins sur demande d'un tiers avec deux certificats. Le premier certificat doit être établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Il doit être confirmé par un deuxième certificat rédigé par un médecin qui peut exercer dans un établissement d'accueil. Il est fréquent qu'aux urgences, l'urgentiste a rapidement vu le patient et l'a examiné sur le plan somatique puis l'a rapidement orienté vers le psychiatre, constatant rapidement que la question était d'ordre psychiatrique. Le psychiatre peut rédiger le certificat à l'issue de la consultation puis boit l'urgentiste pour qu'il rédige le certificat. L'ordre n'est pas le bon : mainlevée.

Un modèle idéal qui ne tient pas compte de la réalité et surtout qui fait prédominer un « détail » au problème de santé présenté par le patient et qui peut être particulièrement bien motivé dans les certificats successifs.

Tardiveté des décisions

Les mainlevées pour tardiveté des décisions prises entre l'admission dans l'hôpital et la prise de décision par le directeur ou le préfet et sa notification au patient. Il s'agit d'un problème fréquent rencontré par les administrations hospitalières quand les admissions surviennent la nuit. Le grief rencontré par le patient consiste à ne pas être informé rapidement et donc à ne pas pouvoir contester au plus vite. Paradoxalement, une mainlevée n'a pas été prononcée en dépit de la tardiveté de la décision et de sa notification, car le patient n'était pas en état selon le magistrat de faire état de ses observations en étant soumis à une double contention mécanique et chimique. Motivation juridique étonnante dans un temps de contestation de l'isolement et de la contention, mais surtout une illustration de deux pratiques qui ne se comprennent pas. La contention est comprise comme une entrave à l'expression du patient, mais pas les processus psychopathologiques qui entravent dans les premières heures d'une crise psychique la possibilité de manifester procéduralement son désaccord avec la mesure.

Soins contraints consentis

Patient jeune souffrant d'un état limite grave hospitalisé sur une longue durée après de nombreuses tentatives de vie autonome, mais rendues vaines par de multiples tentatives de suicide. Demandes itératives et insistantes du patient d'isolement pour éviter un passage à l'acte auto agressif. La mesure de soins sans consentement entrave régulièrement la prise en charge par sa lourdeur pour faciliter les sorties de l'établissement. Mise en soins sans consentement imposée par les mesures d'isolement, mais avec des certificats insistant sur la clinique et que la demande est à l'initiative du patient. Le JLD maintient la mesure en écrivant que « Mr X consent aux soins contraints »...